

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

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

Número de memorias: 395 (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	AMB	CME GRANDE COVIAN	TENA TOMAS MARIA FELISA	2018_0050	F	28/01/2019	DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2018_0050	F	17/12/2018	DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2019_0219	S1	30/01/2020	DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2019_0219	F	17/01/2020	DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	GUILLEN FUENTES MARIA JESUS	2019_0662	F	23/01/2020	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELABORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN
Z1	AMB	HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL PARQUE GOYA	MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA	2019_0974	F	15/01/2020	ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL
Z1	AMB	HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL PARQUE GOYA	BENAVENTE PORTOLES EVA	2019_1487	F	15/01/2020	PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL "PARQUE GOYA" DE SALUD MENTAL (HDIJ)
Z1	AMB	USM ACTUR SUR	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2019_1289	S1	31/01/2020	PROGRAMACION ACTIVIDADES CONJUNTAS Y COORDINACION DEL CENTRO SALUD MENTAL ACTRUR SUR CON LA ASOCIACION DE USUARIOS Y FAMILIARES "PASO A PASO"
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	PONCE SALCEDA DOMINGO	2019_1022	F	27/01/2020	COLABORACION CON EL CENTRO SOCIO-LABORAL LA JOTA PARA FOMENTAR HABITOS SALUDABLES ENTRE LOS JOVENES
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 ELCENTRO 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 NORTE	PUIG GARCIA CARMEN	2018_0668	F	23/02/2019	¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¿QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOPEZ CAMPOS MONICA	2018_0707	F	22/02/2019	ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOZANO ENGUITA ELOISA	2018_0948	F	08/03/2019	MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ABADIA TAIRA BEGOÑA	2018_0951	F	14/03/2019	MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	CLARES PUNCEL MARIA TERESA	2018_1475	F	15/03/2019	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	GARCIA ASCASO IGNACIO	2019_0566	F	31/01/2020	PROYECTO DE PÁGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	MARCO GARCIA-REOL SOFIA	2019_0896	F	28/01/2020	¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS

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

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

Número de memorias: 395 (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
							JUNTOS!
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOPEZ CAMPOS MONICA	2019_1042	F	31/01/2020	ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ABADIA TAIRA BEGOÑA	2019_1065	F	31/01/2020	MEJORA EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO(PCC) EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	GARRALON ORTEGA CRISTINA	2019_1084	F	31/01/2020	MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	CLARES PUNCEL MARIA TERESA	2019_1414	F	29/01/2020	TENGO DIABETES TIPO 2, ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN	2019_1441	F	27/01/2020	PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO
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 ADMISION Y DOCUMENTACION	SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL	2019_0298	F	24/01/2020	ORGANIZACIÓN DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN 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 AURICUALR 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 NEUMOCOCO 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	PEREZ RAMIREZ ISABEL	2018_1494	F	27/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	NAVALES BELTRAN MARIA PILAR	2019_0487	F	15/01/2020	EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACIÓN DE LOS PADRES
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	MARTIN CATALAN NURIA	2019_0717	S1	21/01/2020	COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	PABLOS MUR CRISTINA	2019_0959	F	28/01/2020	¿QUE COMO CUANDO NO ME ENCUENTRO BIEN ? ALIMENTACION REALFOODING
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL	2019_1448	S1	26/01/2020	EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL	2019_1448	F	31/01/2020	EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACION PARA EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO
Z1	AP	CS ACTUR OESTE FISIOTERAPIA EN AP	COMELLA DORDA MARTA	2019_0580	S1	27/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE INCOMPARECENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA
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 OESTE SALUD BUCODENTAL	NAVALES BELTRAN MARIA PILAR	2019_0487	F	27/01/2020	EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES
Z1	AP	CS ACTUR OESTE SALUD BUCODENTAL	SIMON SIMON ISABEL	2019_0809	F	14/01/2020	HIGIENE BUCODENTAL Y EDUCACION PARA LA SALUD EN GESTANTES
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

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

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

Número de memorias: 395 (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
							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 ACTUR SUR SALUD BUCODENTAL	BERNAL CARRION EVA	2019_0924	F	15/01/2020	PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS
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	LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL	2018_0750	S1	13/01/2019	MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR	2018_0751	S1	13/01/2019	REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR	2018_0751	F	26/02/2019	REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	PUEYO VAL OLGA MARIA	2018_0952	S1	26/02/2019	EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN
Z1	AP	CS ALFAJARIN	BELLOD FERNANDEZ ALFREDO	2018_0952	F	28/01/2020	EDUCACIÓN EN RCP EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN
Z1	AP	CS ALFAJARIN	MURILLO SALVADOR RAQUEL	2019_0359	F	30/01/2020	ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN
Z1	AP	CS ALFAJARIN	MURILLO SALVADOR RAQUEL	2019_0359	F	31/01/2020	ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN
Z1	AP	CS ALFAJARIN	NAVARRO SERRANO EVA MARIA	2019_0525	S1	31/01/2020	SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS: PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES
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
Z1	AP	CS ARRABAL ADMISION Y DOCUMENTACION	JULIAN ARANDA MARIA PILAR	2018_0323	F	27/02/2019	REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CONFIRMACION
Z1	AP	CS ARRABAL ADMISION Y DOCUMENTACION	GASCON RICARTE ISABEL	2018_1420	F	27/02/2019	DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018
Z1	AP	CS ARRABAL ADMISION Y DOCUMENTACION	BENITO CORNAGO MARIA LUISA	2019_1007	F	21/01/2020	DEPURACION DE CARPETAS DE DOCUMENTACION CLINICA
Z1	AP	CS ARRABAL ADMISION Y DOCUMENTACION	BELTROL ALGUERO MARIA PILAR	2019_1021	F	28/01/2020	REGISTRO DE PETICION DE AMBULANCIAS
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	BORRAZ ABELLA NURIA	2018_0970	F	11/02/2019	TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ARRABAL	BORRAZ ABELLA NURIA	2018_0970	F	15/02/2019	TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ARRABAL	MAGALLON BOTAYA ROSA	2018_1498	S1	08/03/2019	EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ARRABAL	NOVELLA ABRIL PILAR	2018_1529	F	14/03/2019	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARINICOS EN CENTRO DE SALUD, CON CONTROL VENOSO DE INR. PROPUESTAS DE MEJORA
Z1	AP	CS ARRABAL	DOMINGUEZ GARCIA MARTA	2019_0922	F	24/01/2020	INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS

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

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

Número de memorias: 395 (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
							DE VIDA Y PÉRDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL
Z1	AP	CS ARRABAL	FRANCES PINILLA MARINA	2019_1089	S4	27/01/2020	EDUCACIÓN EN MANIOBRAS DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA PARA LACTANTES Y ESCOLARES OVACE Y RCP
Z1	AP	CS ARRABAL	TOLOSANA LASHERAS TERESA	2019_1147	S1	14/01/2020	TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"
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 AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	2018_0105	F	10/03/2019	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	ASSO OTAL MARIA ELENA	2018_1075	F	21/02/2019	GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	PONCE SALCEDA DOMINGO	2018_1561	F	15/03/2019	MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	2019_0549	S1	28/01/2020	HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LAJOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA	2019_0586	S1	13/01/2020	PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMATICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARAPACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	SALILLAS GRACIA MIGUEL	2019_0618	F	22/01/2020	PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA DENTAL Y GINGIVAL EN EMBARAZADAS Y EXPLICACIÓN DE DENTICIÓN EN BEBÉS Y SU HIGIENE ORAL
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	GARCIA PARICIO LUIS MIGUEL	2019_0825	S1	27/01/2020	Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	2019_0850	F	24/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) FISIOTERAPIA EN AP	PEREZ BENITO MARINA	2019_0581	S1	27/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1
Z1	AP	CS BUJARALAZ	GUTIERREZ TORIO ANA SARA	2016_1324	F	13/02/2018	PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALAZ)
Z1	AP	CS BUJARALAZ	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 BUJARALAZ
Z1	AP	CS BUJARALAZ	ABAD ROYO MERCEDES	2016_1351	F	22/02/2018	DETECCION DEL CANCER COLORECTAL
Z1	AP	CS BUJARALAZ	GUTIERREZ TORIO ANA SARA	2018_0737	F	15/03/2019	REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
Z1	AP	CS BUJARALAZ	ABAD ROYO MERCEDES	2018_0829	S1	15/03/2019	EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO IES DE BUJARALAZ
Z1	AP	CS BUJARALAZ	VILLAGRASA VILLUENDAS MARIA ARANZAZU	2019_0708	F	31/01/2020	REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65 Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALAZ
Z1	AP	CS LUNA	DE PABLO GONZALEZ RAFAEL	2016_1274	F	08/02/2018	MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

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

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

Número de memorias: 395 (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 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 LUNA	ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA	2019_1514	S1	29/01/2020	INTERVENCION COMUNITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS
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 PARQUE GOYA	VITALLER SANCHO CONCHA	2018_1227	F	07/02/2019	ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	AGUAROD SEILES ROSA ISABEL	2018_1297	F	28/02/2019	MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II INSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	VITALLER SANCHO CONCHA	2019_0584	F	27/01/2020	MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE SUS RESULTADOS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	OSÉS SORIA AMALIA	2019_0691	F	27/01/2020	HABITOS SALUDABLES... Y UNOS PASOS MAS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	GOMEZ GIL PILAR	2019_0983	F	20/12/2019	PROGRAMA CONTRA LAS AGRESIONES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN SANIDAD
Z1	AP	CS SANTA ISABEL	ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA	2016_1363	F	16/02/2018	BLOG: SANTA ISABEL TE CUIDA
Z1	AP	CS SANTA ISABEL	TIRADO AZNAR MARTA	2019_1345	S1	28/01/2020	DERMATOSCOPIA EN EL C.S. DE STA. ISABEL
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 URGENCIAS 2016-2017
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 PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA (MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS)
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	NAVARRO MAS MARIA VICTORIA	2018_0031	F	24/02/2019	CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	LACAMBRA DEITO MARIA PILAR	2019_0996	F	19/01/2020	MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	ELVIRO BODOY TIRSO	2019_1290	F	26/01/2020	PLAN DE MEJORA CALIDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO II
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 ZALFONADA (PICARRAL)	GARCIA DOMINGUEZ SUSANA	2018_0959	F	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	FORCEN BELTRAN MARIA JOSE	2018_1025	F	26/02/2019	¡VOLVEMOS AL COLE! TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICA
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR	2018_1384	F	04/02/2019	EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

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

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

Número de memorias: 395 (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 ZALFONADA (PICARRAL)	ALONSO SENDROS MARTA	2019_0930	F	24/01/2020	OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ	2019_0991	F	30/01/2020	MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO	2019_1120	F	30/01/2020	MEJORA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PIE DIABÉTICO
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	CS ZUERA	DIAZ FLE MARTA	2018_0301	F	30/01/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE
Z1	AP	CS ZUERA	GARRALON ORTEGA CRISTINA	2018_0444	F	26/02/2019	MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ZUERA
Z1	AP	CS ZUERA	NOVELLA ABRIL MARIA PILAR	2019_1077	F	30/01/2020	USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y SU CONTRIBUCION AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA
Z1	AP	CS ZUERA	GRASA LAMBEA INMACULADA	2019_1263	F	31/01/2020	CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA
Z1	AP	CS ZUERA	VILLANUA BONET MARIA TERESA	2019_1269	F	31/01/2020	MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE 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 AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	GOMEZ GARCIA DOLORES	2018_1525	F	15/03/2019	REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS
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	PREVENCIÓN 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	AP	DAP ZARAGOZA 1	GALINDO CHICO MIGUEL	2018_0047	F	13/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	MENDI METOLA CAROLINA	2018_0071	S1	28/02/2019	GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	NAVARRO VITALLA OSCAR	2018_0090	F	23/01/2019	PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	NAVARRO VITALLA OSCAR	2019_0092	F	17/01/2020	CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	GALINDO CHICO MIGUEL	2019_0404	S1	20/12/2019	DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1 DIRECCION	CLERENCIA CASORRRAN CARLOS	2018_0045	F	15/03/2019	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD
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 ADMISION Y DOCUMENTACION	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2018_0036	F	28/01/2019	EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

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

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

Número de memorias: 395 (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 ADMISION Y DOCUMENTACION	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2019_0611	F	21/01/2020	AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ADMISION Y DOCUMENTACION	ROYO MOYA MIGUEL PASCUAL	2019_0612	S1	30/01/2020	DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ADMISION Y DOCUMENTACION	ROYO MOYA MIGUEL PASCUAL	2019_0612	F	16/01/2020	DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
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 ANALISIS CLINICOS	DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE	2018_1418	F	26/02/2019	PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO LABORATORIO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANALISIS CLINICOS	DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE	2019_0913	F	28/01/2020	DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE
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 ANATOMIA PATOLOGICA	ALMAJANO MARTINEZ CARMEN	2018_0675	S1	26/02/2019	SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	ALMAJANO MARTINEZ CARMEN	2018_0675	F	31/01/2020	SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN 15189 PARA CRIBADO CERVICAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER	2018_0684	S0	26/02/2019	SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER	2018_0684	F	23/01/2020	SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANESTESIA Y REANIMACION	MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO	2018_1087	F	15/01/2019	PROYECTO DE MEJORA ANALGESICAEN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANESTESIA Y REANIMACION	MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO	2018_1087	F	07/02/2019	PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO
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 BLOQUE QUIRURGICO	ABREU RUBIÑO MARIA DEL ROCIO	2018_0627	S1	27/02/2019	VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA
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 CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	COLINA ONTAÑÓN MARIA LUISA	2018_0592	S1	26/02/2019	ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)	YAGÜE LOPEZ ROCIO	2019_0864	F	28/01/2020	MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CMA (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ARROYO RUBIO ERNESTO	2018_1175	S1	14/03/2019	DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA 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 ESTERILIZACION	MIRET BERNAL MONTSERRAT	2019_0865	F	30/01/2020	DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DECIRUGIA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA FARMACIA HOSPITALARIA	IRIARTE RAMOS SONIA	2018_1058	F	13/03/2019	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA FARMACIA HOSPITALARIA	ANDRES ARRIBAS IGNACIO	2018_1209	F	14/02/2019	CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

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

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

Número de memorias: 395 (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 FARMACIA HOSPITALARIA	REBOLLAR TORRES ELENA	2019_0406	F	28/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA FARMACIA HOSPITALARIA	IRIARTE RAMOS SONIA	2019_0890	F	30/01/2020	REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES	2014_0128	F	12/02/2018	HOSPITAL DE DIA: PARA QUIEN Y COMO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES	2015_0696	F	12/02/2018	MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
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
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 GERIATRIA	MESA LAMPRE MARIA PILAR	2018_0132	F	07/02/2019	ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA LA INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GASPAR RUZ MARIA LUISA	2018_0173	S2	20/01/2020	PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO II: DESARROLLO DE ESTRATEGIAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GASPAR RUZ MARIA LUISA	2018_0173	F	19/02/2019	PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SOLSONA FERNANDEZ SOFIA	2018_0220	S1	29/01/2019	PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SOLSONA FERNANDEZ SOFIA	2018_0220	F	23/01/2020	PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN	2018_0384	F	09/02/2019	CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	ORDOVAS TERESA MARIA JOSE	2018_0847	F	18/02/2019	GUIA DE CRONOGRAMA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA	2018_0868	S1	25/02/2019	GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA	2018_0868	F	31/01/2020	GUÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	ESTAUN FERNANDEZ MARIA TERESA	2018_0884	F	13/02/2019	GUIA DE CRONOGRAMA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2018_1051	S1	27/02/2019	CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2018_1051	F	31/01/2020	CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	BORRAZ ABARDIA MARIA FELISA	2019_0166	F	25/01/2020	GUÍA DE CRONOGRAMA DE TCAES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES	2019_0169	F	16/01/2020	GUIA DE CRONOGRAMA DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	PEREZ MILLA MARIA ANGELES	2019_0235	F	30/01/2020	ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HNSG TOMO II

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

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

Número de memorias: 395 (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	CANOVAS PAREJA CARMEN	2019_0716	F	30/01/2020	UTILIZACIÓN SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	ANDRES GARCIA MARTA	2019_0750	F	30/01/2020	ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	FERRER MAHAVE MARTA	2019_0756	S1	30/01/2020	CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG
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 HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	2018_0474	F	04/03/2019	RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN	2018_0475	F	15/01/2019	IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN	2018_0475	F	28/01/2019	IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	2019_0351	F	29/01/2020	VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I
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 MEDICINA INTENSIVA	JORGE GARCIA RUTH NOEMI	2018_0882	S2	28/02/2019	CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	SAEZ ESCOLANO PAULA	2018_0975	S1	25/02/2019	IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	LAFUENTE MATEO MIRIAM	2018_1110	S1	06/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	JORGE GARCIA RUTH NOEMI	2019_0452	F	26/01/2020	CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	SAEZ ESCOLANO PAULA	2019_0504	F	29/01/2020	CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN	2018_1077	S1	15/01/2019	GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN	2018_1077	F	24/01/2020	GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	DOMINGUEZ SANTAREN MARIA JOSE	2018_1347	F	09/02/2019	CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	COMABELLA CALLIZO NATALIA	2018_1348	S1	09/02/2019	EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	BOROBIO TOMAS MARTA	2019_0317	F	18/01/2020	ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	GRACIA LOBERA PAZ ESPERANZA	2019_0655	F	14/01/2020	PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	LATORRE BARTOLO SILVIA	2019_0739	F	22/01/2020	IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA	2019_0847	F	30/01/2020	SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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

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

Número de memorias: 395 (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 OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ ABAD PEDRO	2018_0946	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SESE SANZ MARIA PILAR	2018_1416	S2	02/02/2019	ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BLASCO GIMENO MARIA CONCEPCION	2019_0276	F	23/01/2020	CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRURGICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	SANCHO REDONDO CARMEN	2018_1103	F	31/01/2019	DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	BAZAN GIMENEZ PABLO	2018_1113	F	30/01/2019	DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PÁPILAR
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	PINILLA BOROBA JUAN	2018_1217	F	18/02/2019	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO	2019_0216	F	27/01/2020	DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLÓGICOS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	ORDUNA HOSPITAL ELVIRA	2019_0373	F	06/01/2020	DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	SEGURA CALVO FRANCISCO	2019_0442	F	20/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL CALCULO DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGÍA DE CATARATA
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 SENORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ORTOGERIATRIA	MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES	2018_1179	F	01/02/2019	TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ORTOGERIATRIA	TELLA MARIN ISABEL	2019_0263	F	17/01/2020	GUIA DE CRONOGRAMA DE CELADORES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA
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 OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERO EGEA ANA	2019_0253	F	23/01/2020	PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA POOL ENFERMERIA	URCOLA MONREAL ALEJANDRO	2019_1035	S1	22/12/2019	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SENORA DE GRACIA
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 PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	MOREO BERGADA PILAR	2018_0049	F	13/03/2019	ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	MOREO BERGADA PILAR	2019_1162	F	30/01/2020	MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDCPM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION
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 PSIQUIATRIA	MARTINEZ PLANAS ISABEL	2018_0940	F	24/02/2019	ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA

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

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

Número de memorias: 395 (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
							SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSQUIATRIA	TOMELO FERRER MONICA	2018_0940	F	28/01/2020	ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) Y SUS FAMILIARES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSQUIATRIA	MARTIN RIDRUEJO LAURA	2019_0576	S1	31/01/2020	DESARROLLO DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SESIONES GRUPALES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LA U. DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) DEL H NTRA SRA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSQUIATRIA	MARTINEZ PLANAS ISABEL	2019_0778	F	09/01/2020	ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE ESTILOS DE CRIANZA EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA RADIODIAGNOSTICO	TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE	2019_0444	F	20/12/2019	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA RADIODIAGNOSTICO	ARGUEDAS GORRINDO GLORIA ISABEL	2019_1189	F	02/01/2020	VALORACIÓN DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN
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 INICIAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE	2018_0205	S1	13/03/2019	MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	ANAYA GIL TERESA	2018_0234	F	25/02/2019	PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	UNTORIA AGUSTIN CARMEN	2019_0285	F	23/12/2019	VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	UNTORIA AGUSTIN CARMEN	2019_0285	F	27/12/2019	VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	CAMBRA LINES MARIA PILAR	2019_0476	F	25/01/2020	ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	ANAYA GIL TERESA	2019_0478	F	07/01/2020	PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I
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 TRANSFUSION 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 NTRA SRA DE GRACIA URGENCIAS	LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA	2018_0828	F	11/02/2019	"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS. NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"
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 ADMISION Y DOCUMENTACION	ROMERO CUENCA FRUCTUOSO	2019_0104	S1	31/01/2020	APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2019_0574	S1	30/01/2020	DIGITALIZACIÓN: PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2019_0574	F	16/01/2020	DIGITALIZACIÓN: PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	MEDINA VALDEPEÑAS SAGRARIO	2019_0793	S1	30/01/2020	GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ALERGOLOGIA	PEREZ CAMO IGNACIO JAVIER	2019_1444	F	31/01/2020	MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS. MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO
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

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

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

Número de memorias: 395 (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 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 ANESTESIA Y REANIMACION	DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES	2018_0869	F	11/03/2019	UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ANESTESIA Y REANIMACION	USON ALVAREZ CRISTINA	2019_0994	F	24/01/2020	MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BIOQUIMICA	BONED JULIANI BEATRIZ	2018_1222	F	19/02/2019	FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA; EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BLOQUE QUIRURGICO	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
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 BLOQUE QUIRURGICO	LASALA CONTE ELENA	2018_0995	S1	14/02/2019	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BLOQUE QUIRURGICO	CANO LAZARO RAQUEL	2019_0484	F	26/01/2020	REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA
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 CARDIOLOGIA	FITENI MERA ISABEL	2018_0941	F	14/03/2019	MEJORA DEL INFORME DE ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CON FEVI REDUCIDA PARA CONSEGUIR TITULACION DE LOS FARMACOS INDICADOS POR LAS GUIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	ALIAGA RIVAS O'NEILL VERONICA	2019_1247	F	30/01/2020	PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	LAITA MONREAL SANTIAGO	2019_1286	F	29/12/2019	ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	ARAGUAS BIESCAS MARIA ASUNCION	2019_1297	F	28/01/2020	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA AMBULATORIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO DOCUMENTADO DE FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	AUQUILLA CLAVIJO PABLO ESTEBAN	2019_1470	F	26/01/2020	PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA
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 GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	YANEZ BENITEZ CARLOS	2018_0657	S1	05/02/2019	IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	BLAS LAINA JUAN LUIS	2018_1230	S1	21/02/2019	PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GARCIA CALLEJA JOSE LUIS	2019_0070	F	28/01/2020	EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	YANEZ BENITEZ CARLOS	2019_0195	S1	03/01/2020	CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	VALERO SABATER MONICA	2019_0259	S1	13/01/2020	PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)	RODRIGUEZ CURIESES PETRA	2015_0136	F	12/01/2018	EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)	AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR	2015_0178	F	12/01/2018	ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

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

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

Número de memorias: 395 (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 CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA AGUILERA DAVID	2015_0526	S1	15/02/2018	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 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 CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA AGUILERA DAVID	2018_1229	F	14/03/2019	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MEJIA CASADO ANA	2018_1376	F	27/02/2019	ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ARROYO RUBIO ERNESTO	2019_1214	S1	30/01/2020	TRATAMIENTO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (PRP) EN PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR BASADO EN LA EVIDENCIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA AGUILERA DAVID	2019_1287	F	30/01/2020	UNIFICACION DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA EN LA PATOLOGIA DEL HOMBRO EN EL SECTOR I
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MEJIA CASADO ANA	2019_1335	F	25/01/2020	INSTRUCCIONES GENERALES TRAS CIRUGIA DE MANO Y TRAS CIRUGIA DE PIE EN REGIMEN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) COMPLEJA DE TRAUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
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 DERMATOLOGIA	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	2018_1194	F	08/03/2019	EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DERMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DERMATOLOGIA	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	2019_1325	F	30/01/2020	PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA
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 DIGESTIVO	PEÑA GONZALEZ ELENA	2018_0611	F	15/02/2019	PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DIRECCION	VILLA GAZULLA MARIA TERESA	2019_0273	S1	28/02/2020	OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN	2018_0888	S1	12/02/2019	EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2018_1152	F	15/02/2019	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2018_1152	F	05/03/2019	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE	2019_0322	S1	23/01/2020	ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2019_0474	F	19/01/2020	EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA FARMACIA HOSPITALARIA	MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA	2018_0722	F	12/02/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

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

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

Número de memorias: 395 (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 FARMACIA HOSPITALARIA	MONCIN TORRES CARLOS ANGEL	2018_0859	S1	23/02/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA FARMACIA HOSPITALARIA	MONCIN TORRES CARLOS ANGEL	2018_0859	S2	25/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA FARMACIA HOSPITALARIA	VARELA MARTINEZ ISABEL	2019_0413	S1	28/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PASAMAR MILLAN BEATRIZ	2019_0776	F	23/01/2020	REALIZACIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA HOSPITALIZACION A DOMICILIO	SOLIS PASTOR ESTHER	2018_1181	F	22/02/2019	IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA DEL TRABAJO	NIEVAS MARCO MARIA PILAR	2018_1089	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA DEL TRABAJO	NIEVAS MARCO MARIA PILAR	2019_0783	F	31/01/2020	IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I
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 PERIFÉRICA 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 HUMANIZACIÓN (CONTINUACIÓN 2017)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTENSIVA	TIRADO ANGLÉS GABRIEL	2018_0983	F	11/03/2019	PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTENSIVA	TIRADO ANGLÉS GABRIEL	2019_0838	F	30/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACIÓN AVANZADA E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
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 UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	DIEZ MASSO FABIOLA PILAR	2018_1010	F	13/03/2019	ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER	2018_1096	F	17/02/2019	VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	SANCHEZ VICENTE YOLANDA	2018_1135	F	27/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	SEVIL PURAS MARIA	2018_1142	F	20/02/2019	INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	MARTINEZ ASENSIO SUSANA	2018_1184	F	26/02/2019	FORMACION EN CENTROS SOCIO SANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	CABALLERO ASENSIO RUTH	2018_1201	F	11/02/2019	HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	FITENI MERA ISABEL	2019_0248	F	30/01/2020	MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VIA CLINICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	SANCHEZ VICENTE YOLANDA	2019_0550	S2	22/02/2020	IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN LA DOTACION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	MATIA SANZ MARTA TERESA	2019_0591	F	24/01/2020	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO EN EL DOMICILIO POR

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

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

Número de memorias: 395 (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
							LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO (HAD) DEL SECTOR ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	CABALLERO ASENSIO RUTH	2019_0831	F	31/01/2020	ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE
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 PRESCRIPCIÓN DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	BERNAD USON MARIA ANTONIA	2019_0496	F	20/01/2020	EFFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL 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 NEUMOLOGIA	EGEA GONZALEZ RAQUEL	2018_0390	S1	04/03/2019	PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	EGEA GONZALEZ RAQUEL	2018_0390	F	27/01/2020	PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA DE NUEVA CREACIÓN DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	JIMENEZ MILLAN VANESA	2018_0395	F	10/03/2019	TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	BOLDOVA LOSCERTALES ANA	2018_0851	S1	28/02/2019	PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE LA EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	JIMENEZ MILLAN VANESA	2019_0190	F	29/01/2020	PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	CLAVERIA MARCO PALOMA	2019_0447	F	31/01/2020	IMPLANTACIÓN TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	LAZARO SIERRA JAVIER	2019_0448	F	31/01/2020	ANALISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS Y PLEURALES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	CABESTRE GARCIA ROBERTO	2019_0485	S1	03/01/2020	ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	LOPEZ ROMERO LIDIA	2019_0486	S1	18/02/2020	CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE	2019_0488	S1	23/12/2019	TRIPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD DE DESHABITUACION TABAQUICA 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 NEUROLOGIA	LATORRE JIMENEZ ANA	2018_0615	F	11/01/2019	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIU OCCIPITAL MAYOR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	LATORRE JIMENEZ ANA	2018_0615	F	28/01/2019	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIU OCCIPITAL MAYOR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	LATORRE JIMENEZ ANA	2018_0615	F	28/02/2019	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIU OCCIPITAL MAYOR

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

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

Número de memorias: 395 (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 NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2018_0616	F	11/01/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2018_0616	F	28/01/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2018_0616	F	28/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2019_0071	F	17/01/2020	PROTOCOLO DE PUNCION LUMBAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OFTALMOLOGIA	HERNANDEZ VIAN RUBEN	2018_1164	F	25/02/2019	OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS
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 OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERO EGEA ANA	2018_0322	S1	25/02/2019	INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	NAYA GALVEZ MARIA JOSE	2018_0523	F	25/02/2019	ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERO EGEA ANA	2018_0779	F	22/02/2019	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	LABARTA VIÑALES CARMEN	2018_0855	S1	28/02/2019	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL
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 PSIQUIATRIA	SERRANO LAZARO ROGELIO	2016_0526	F	22/02/2018	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
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2016_1012	S1	11/02/2018	CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCIÓN E INCIDENTES CRÍTICOS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2018_0471	S1	24/02/2019	PROTOCOLO PARA LA MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	BERNAD POLO JUAN MANUEL	2019_0267	S1	15/01/2020	TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	ORGA SORIANO CRISTINA	2019_0980	F	28/01/2020	ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA RECEPCION DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	VAZQUEZ RODRIGUEZ MARIA DOLORES	2019_0986	S1	29/01/2020	MEJORA DE LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO TCONECTAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA QUIROFANOS	CANO LAZARO RAQUEL	2018_1066	F	26/02/2019	ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO
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 ESPANOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA RADIODIAGNOSTICO	BLASCO SATUE ALICIA	2019_0666	F	25/01/2020	PROTOCOLIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE. ELBORACIÓN DE FICHAS RADIOLOGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA RADIODIAGNOSTICO	BERGES INIESTA MARTA	2019_0670	F	30/01/2020	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA REUMATOLOGIA	GINER SERRET EMILIO	2018_0747	S2	11/03/2019	UNIDAD DE UVEITIS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UCI	ROMAN BUENO MARIA LUISA	2018_1220	F	24/02/2019	GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	RAMOS D'ANGELO FERNANDO	2018_1014	S1	14/03/2019	ATENCION A TIEMPO A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CHENLO TOUCEDA SILVIA	2018_1218	S1	06/03/2019	DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN

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

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

Número de memorias: 395 (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
		UNIDAD DE CORTA ESTANCIA					TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	ALDEA MOLINA ELISA	2013_0151	F	21/06/2018	AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	ALDEA MOLINA ELISA	2015_0121	F	20/06/2018	REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
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
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UROLOGIA	SIESO GRACIA MARIA RUT	2019_0522	F	27/01/2020	ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PRÓSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

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 RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRÍAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA FELISA TENA TOMAS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CME GRANDE COVIAN
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALDEZATE GONZALEZ MARIANO
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
PICOT PARGADA ANA CRISTINA
ANGULO BORQUE ANA OLGA
AINAGA VILLEN DAVID
PICON GONZALEZ SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

• Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a "Archivos CME Grande Covián" los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena...) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el lector y se copia el registro de quirófano en el documento. Si no tenemos etiqueta hacemos búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

• Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos. Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el lector y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido digitalizar el 100% de los informes de Campimetrías y Protocolos quirúrgicos.

Los objetivos eran:

- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos muy positivamente el proyecto, está incluido en las tareas diarias del Servicio. Con la compra de un escáner de mayor velocidad hemos mejorado mucho la calidad del trabajo y desde la Comisión de Documentación el Servicio manifiesta su iniciativa en el apoyo de la digitalización de más pruebas diagnósticas que todavía no están incluidas en Historia Electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/50 ===== ***

Nº de registro: 0050

Título
DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION : PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRÍAS

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, PICOT PARGADA ANA CRISTINA, CASTRO ROMERO CONCEPCION, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA, ALCINA GOMEZ SARA, GORRINDO NAVARRO ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRÍAS

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova estamos impulsando la digitalización de documentos que no están colgados en Historia Clínica Electrónica, como mejora en la calidad del trabajo de los profesionales sanitarios y en la asistencia al paciente.

Con el Servicio de Traumatología establecimos el circuito de los protocolos quirúrgicos, desde Quirófano hasta la Unidad de Archivos de C.M.E. Grande Covián.

Con las consultas de Oftalmología concretamos los criterios para el envío de las campimetrías realizadas diariamente a los pacientes junto con las anteriores guardadas en la historia física, una vez visitados en Consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados.

MÉTODO

Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

- Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarías nos envían en un sobre dirigido a "Archivos CME Grande Covián" los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena...) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el lector para que se guarde el número de registro de quirófano. Si no tenemos etiqueta hacemos una búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

- Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos. Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el lector para que aparezca el número de registro de la prueba y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

INDICADORES

% PROTOCOLOS DIGITALIZADOS
% CAMPIMETRÍAS DIGITALIZADAS

DURACIÓN

INICIO PROYECTO: 2017
VALORACIÓN DOCUMENTOS RECIBIDOS Y ESCANEADOS: NOVIEMBRE 2017
VALORACIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS: FEBRERO 2018
SEGUIMIENTO: JUNIO Y OCTUBRE 2018
EVALUACIÓN FINAL: NOVIEMBRE 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRÍAS

Fecha de entrada: 17/12/2018

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
PICOT PARGADA ANA CRISTINA
CASTRO ROMERO CONCEPCION
MATA PANIVINO MARIA VICTORIA
ALCINA GOMEZ SARA
GORRINDO NAVARRO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

· Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a "Archivos CME Grande Covián" los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena...) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el lector y se copia el registro de quirófano en el documento. Si no tenemos etiqueta hacemos búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

· Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos. Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el lector y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido digitalizar el 100% de los informes de Campimetrías y Protocolos quirúrgicos.

Los objetivos eran:

- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos muy positivamente el proyecto, está incluido en las tareas diarias del Servicio. Con la compra de un escáner de mayor velocidad hemos mejorado mucho la calidad del trabajo y desde la Comisión de Documentación el Servicio manifiesta su iniciativa en el apoyo de la digitalización de más pruebas diagnósticas que todavía no están incluidas en Historia Electrónica.

7. OBSERVACIONES.

Varios integrantes del proyecto cesaron poco después de iniciarse. Los compañeros que ocuparon sus plazas han desarrollado el mismo. Cuando se hagan los certificados del proyecto hay que excluir a: CASTRO ROMERO CONCEPCIÓN, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA Y ALCINA GOMEZ SARA. En su lugar hay que certificar a: ANGULO BORQUE ANA OLGA, AINAGA VILLEN DAVID y PICON GONZALEZ SERGIO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/50 ===== ***

Nº de registro: 0050

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION : PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, PICOT PARGADA ANA CRISTINA, CASTRO ROMERO CONCEPCION, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA, ALCINA GOMEZ SARA, GORRINDO NAVARRO ANA

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova estamos impulsando la digitalización de documentos que no están colgados en Historia Clínica Electrónica, como mejora en la calidad del trabajo de los profesionales sanitarios y en la asistencia al paciente.

Con el Servicio de Traumatología establecimos el circuito de los protocolos quirúrgicos, desde Quirófano hasta la Unidad de Archivos de C.M.E. Grande Covián.

Con las consultas de Oftalmología concretamos los criterios para el envío de las campimetrías realizadas diariamente a los pacientes junto con las anteriores guardadas en la historia física, una vez visitados en Consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados.

MÉTODO

Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

- **Protocolos Quirúrgicos de Trauma:**
 1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarías nos envían en un sobre dirigido a "Archivos CME Grande Covián" los protocolos completos.
 2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena...) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
 3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el lector para que se guarde el número de registro de quirófano. Si no tenemos etiqueta hacemos una búsqueda manual en HIS del número de registro.
 4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.
- **Campimetrías:**
 1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
 2. Escaneamos los documentos . Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el lector para que aparezca el número de registro de la prueba y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
 3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

INDICADORES

% PROTOCOLOS DIGITALIZADOS
% CAMPIMETRIAS DIGITALIZADAS

DURACIÓN

INICIO PROYECTO: 2017
VALORACIÓN DOCUMENTOS RECIBIDOS Y ESCANEADOS: NOVIEMBRE 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

VALORACIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS: FEBRERO 2018
SEGUIMIENTO: JUNIO Y OCTUBRE 2018
EVALUACIÓN FINAL: NOVIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0219

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.

AINAGA VILLEN DAVID
TENA TOMAS MARIA FELISA
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION
ACIN ABADIAS ANA BELEN
BRONCHAL MARQUES MARIA PAZ
ORTIGOSA NAVIO ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Jefa de Sección y el Jefe de Equipo de Archivos Grande Covián tuvieron reuniones con los distintos grupos de trabajo que están implicados en el proyecto, concretando el calendario de puesta en marcha de los trabajos y detallando el proceso a seguir. Necesitamos del Servicio de Informática para tener las herramientas digitales preparadas. Empezamos con pacientes del Servicio de Urología en el mes de mayo, sería nuestro Servicio piloto, con el que resolvimos incidencias en la gestión del trabajo. En el último trimestre de 2019 empezamos el proceso con el Servicio de Traumatología, siguiendo la experiencia del Servicio de Urología

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Digitalizamos el 100% de la documentación recibida en el Servicio de Archivos con prioridad alta sobre otras tareas. No hay porcentaje de errores apreciable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El estudio y puesta en funcionamiento de todos los Servicios implicados fue costoso, pero una vez comenzados los trabajos, el archivo se organiza bien y consigue digitalizar en plazo y forma de una manera eficaz. La conclusión es la mejora en la gestión de documentación de pacientes quirúrgicos, el acceso digital de ladocumentación facilita los procesos de trabajo. Queremos seguir avanzando e incluir los Servicios de Oftalmología y Cirugía, vemos necesario este trabajo hasta que toda la documentación que digitalizamos sea incluida por otro sistema en HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/219 ===== ***

Nº de registro: 0219

Título
DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, AINAGA VILLEN DAVID, PICOT PARGADA ANA CRISTINA, PICON GONZALEZ SERGIO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

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: intervenciones quirúrgicas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0219

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

PROBLEMA

El punto de partida es Consultas Externas. Diariamente generan registros de demanda quirúrgica de los pacientes que tienen que intervenir. Esta documentación, unida al Consentimiento Informado, Evolución Clínica y otras pruebas diagnósticas que no estén en Historia Clínica Electrónica, comienza un recorrido en el Sector: Anestesia, Secretarías, Admisión, Archivos... Será distinto dependiendo de la Especialidad. Esta forma de trabajar produce errores de traslapo, en ocasiones tan estresantes, como que el paciente se encuentre en el quirófano y falte la documentación del sobre de la historia clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es facilitar la tarea a los Servicios médicos quirúrgicos, teniendo acceso digital desde todo el Sector a la documentación de sus pacientes, evitando errores y búsquedas de última hora.

MÉTODO

1. Estudio de los datos de los pacientes que entraron en lista de espera en 2018, valoración del número de pacientes por especialidad.
2. Hablar con Enfermería de Consultas Externas para explicar el proyecto que queremos desarrollar.
3. Trabajar de forma conjunta con Admisión y Secretarías de plantas quirúrgicas, establecer un orden de entrada de las especialidades y la trazabilidad necesaria en cada caso.
4. Disponemos de un Escáner nuevo, con el que hemos ganado rapidez en la ejecución de la digitalización y que es la herramienta imprescindible para realizar este proyecto.

INDICADORES

% PACIENTES QUE ENTRAN EN LISTA DE ESPERA DIGITALIZADOS / SERVICIO MÉDICO
% ERRORES - PACIENTES SIN ENVIAR

DURACIÓN

Fecha Inicio: Marzo 2019:

- Reunión con el médico de Admisión y la Jefa de Sección: datos del Sector en 2018 de entradas en lista de espera (aproximadamente 9.000 pacientes).
- Reunión con Consultas externas: recepción de la documentación para escanear.
- Reunión con Secretarías Quirúrgicas: establecer con ellas la trazabilidad de la documentación, creación de carpetas en red para gestionar la documentación digital de la forma más eficaz. Planificación del calendario a seguir.
- Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.
- Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados de las especialidades que se hayan incorporado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0219

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Fecha de entrada: 17/01/2020

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.

AINAGA VILLEN DAVID
TENA TOMAS MARIA FELISA
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION
ACIN ABADIAS ANA BELEN
BRONCHAL MARQUES MARIA PAZ
ORIGOSA NAVIO ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Jefa de Sección y el Jefe de Equipo de Archivos Grande Covián tuvieron reuniones con los distintos grupos de trabajo que están implicados en el proyecto, concretando el calendario de puesta en marcha de los trabajos y detallando el proceso a seguir. Necesitamos del Servicio de Informática para tener las herramientas digitales preparadas.

Empezamos con pacientes del Servicio de Urología en el mes de mayo, sería nuestro Servicio piloto, con el que resolvimos incidencias en la gestión del trabajo. En el último trimestre de 2019 empezamos el proceso con el Servicio de Traumatología, siguiendo la experiencia del Servicio de Urología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Digitalizamos el 100% de la documentación recibida en el Servicio de Archivos con prioridad alta sobre otras tareas. No hay porcentaje de errores apreciable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El estudio y puesta en funcionamiento de todos los Servicios implicados fue costoso, pero una vez comenzados los trabajos, el archivo se organiza bien y consigue digitalizar en plazo y forma de una manera eficaz.

La conclusión es la mejora en la gestión de documentación de pacientes quirúrgicos, el acceso digital de la documentación facilita los procesos de trabajo.

Queremos seguir avanzando e incluir los Servicios de Oftalmología y Cirugía, vemos necesario este trabajo hasta que toda la documentación que digitalizamos sea incluida por otro sistema en HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/219 ===== ***

Nº de registro: 0219

Título
DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, AINAGA VILLEN DAVID, PICOT PARGADA ANA CRISTINA, PICON GONZALEZ SERGIO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

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: intervenciones quirúrgicas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0219

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES QUE VAN A ENTRAR EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

PROBLEMA

El punto de partida es Consultas Externas. Diariamente generan registros de demanda quirúrgica de los pacientes que tienen que intervenir. Esta documentación, unida al Consentimiento Informado, Evolución Clínica y otras pruebas diagnósticas que no estén en Historia Clínica Electrónica, comienza un recorrido en el Sector: Anestesia, Secretarías, Admisión, Archivos... Será distinto dependiendo de la Especialidad. Esta forma de trabajar produce errores de traslapo, en ocasiones tan estresantes, como que el paciente se encuentre en el quirófano y falte la documentación del sobre de la historia clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es facilitar la tarea a los Servicios médicos quirúrgicos, teniendo acceso digital desde todo el Sector a la documentación de sus pacientes, evitando errores y búsquedas de última hora.

MÉTODO

1. Estudio de los datos de los pacientes que entraron en lista de espera en 2018, valoración del número de pacientes por especialidad.
2. Hablar con Enfermería de Consultas Externas para explicar el proyecto que queremos desarrollar.
3. Trabajar de forma conjunta con Admisión y Secretarías de plantas quirúrgicas, establecer un orden de entrada de las especialidades y la trazabilidad necesaria en cada caso.
4. Disponemos de un Escáner nuevo, con el que hemos ganado rapidez en la ejecución de la digitalización y que es la herramienta imprescindible para realizar este proyecto.

INDICADORES

% PACIENTES QUE ENTRAN EN LISTA DE ESPERA DIGITALIZADOS / SERVICIO MÉDICO
% ERRORES - PACIENTES SIN ENVIAR

DURACIÓN

Fecha Inicio: Marzo 2019:

- Reunión con el médico de Admisión y la Jefa de Sección: datos del Sector en 2018 de entradas en lista de espera (aproximadamente 9.000 pacientes).
- Reunión con Consultas externas: recepción de la documentación para escanear.
- Reunión con Secretarías Quirúrgicas: establecer con ellas la trazabilidad de la documentación, creación de carpetas en red para gestionar la documentación digital de la forma más eficaz. Planificación del calendario a seguir.
- Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.
- Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados de las especialidades que se hayan incorporado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0662

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELABORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GUILLEN FUENTES
· Profesión TER
· Centro CME GRANDE COVIAN
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA NADAL ADOLFO
FUENTES SALVATIERRA CARMEN
LAGUNA SERON CARMEN
SABIO ALCUTEN CRISTINA
ESPEJO MELLADO CARLOS
CAVERO RATERO ENCARNA
BERNAL BERNAL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión inicial de 1 h. de duración en enero de 2019 donde se organizan y distribuyen los participantes de los grupos de trabajo.

Quedan las exploraciones divididas en cuatro grupos principales:

- Grupo 1: Cráneo y estudios radiológicos digestivos
- Grupo 2: Tórax-Abdomen-Columna
- Grupo 3: Extremidad Superior
- Grupo 4: Extremidad Inferior

Se acuerda el diseño de formato de la ficha radiológica donde se incluye la preparación del paciente, tipo de exploración, datos técnicos (dosis, incidencia del rayo), visualización que debe de cumplir cada radiografía. Junto a los datos se adjuntaran imágenes ilustrativas de las posiciones y de las radiografías.

- Reuniones mensuales desde enero hasta mayo de 2019 y desde octubre hasta diciembre de 2019 a las que acude mayoritariamente todos los miembros del proyecto, con el compromiso de comunicar al resto de los participantes en caso de no asistir la información y las decisiones tomadas.

- La elaboración de las fichas y las reuniones mensuales se han estado realizando durante la jornada laboral empleando tiempos libres en turnos de mañana, tarde y en solapación de turnos.

- Se incorporan las fichas protocolos establecidos en el servicio:

Protocolos de Hombro: fracturas, luxaciones, intervenciones y lesiones tendinosas

Protocolo de Rodilla: Gonartrosis, Síndrome femoro-patelar, Lesiones ligamentarias y Meniscopatia crónica

- Cumplimiento del calendario marcado. Finalización, revisión y validación de todas las fichas del proyecto en enero de 2020

RECURSOS EMPLEADOS

Archivo en soporte informático de los datos necesarios para la elaboración de las fichas.

Tiempo de consulta/revisión bibliográfica y elaboración de fichas.

Material de papelería para impresión de información y posterior revisión

ACCIONES:

Las acciones por realizar se han ido estableciendo en las reuniones, además de conversaciones de la coordinadora del proyecto con los Técnicos de Radiodiagnóstico de modo informal en los momentos necesarios.

Finalizadas las fichas se han valorado por todos los TSDI y radiólogos del Servicio que han dado su opinión, sugerencias y ampliaciones en caso necesario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han elaborado las 105 fichas propuestas que constituyen el 100% de las fichas radiológicas realizadas y validadas.

Las fichas han sido revisadas y validadas por el 90% de los TSDI.

Se han añadido, según sugerencias de TSDI, radiólogos y especialistas, protocolos de uso diario en los que se incluyen varias proyecciones radiológicas.

Las fichas radiológicas constituyen un documento para la realización de estudios radiológicos del servicio.

Favorecen la homogeneidad y unificación de criterios en el trabajo diario y sirven de referencia para nuevas incorporaciones de personal.

Serán incluidas en el Programa de Garantía de Calidad del Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del trabajo de elaboración de las fichas radiológicas forma parte del proyecto de protocolización y normalización de las exploraciones radiológicas del Servicio de Radiodiagnóstico del C.M.E. GRANDE COVIAN.

La actividad realizada ha dependido de la responsabilidad profesional de los TSDI y la comprensión de la necesidad de disponer de datos y protocolos de referencia que constituye uno de los pilares de la calidad del Servicio. Esta visión e implicación ha posibilitado el esfuerzo extraordinario de los TSDI y ha permitido la finalización completa del trabajo con el cumplimiento de los objetivos previstos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0662

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELABORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN

Queda pendiente la colaboración de la institución en la realización de fotocopias en color de las fichas y plastificación de las mismas para tenerlas disponibles en las salas. Además de quedar instaladas en carpetas en el escritorio de los ordenadores de las salas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/662 ===== ***

Nº de registro: 0662

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELABORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN

Autores:
GUILLÉN FUENTES MARIA JESUS, GARCIA NADAL ADOLFO, LAGUNA SERON CARMEN, SABIO ALCUTEN CRISTINA, ESPEJO MELLADO CARLOS, CAVERO RATERO ENCARNA, BERNAL BERNAL DOLORES BEATRIZ, FUENTES SALVATIERRA CARMEN

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: Todas la patología con indicación de realización de radiología simple
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El volumen de actividad radiológica del centro requiere cada vez mayor precisión y rapidez en realización de estudios de radiología simple y genera la necesidad de contar con protocolos técnicos bien definidos y ajustados a los equipos utilizados con el fin de facilitar el desarrollo de la actividad con el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos.
El cambio de equipos y personal, los distintos grados de experiencia, la presión de la demanda hace que aumente la posibilidad de estudios erróneos.
La elaboración de fichas radiológicas de estudios de radiología simple de las distintas localizaciones anatómicas permite homogeneizar criterios y disminuir la variabilidad de los resultados. Acorta tiempos de realización y mejora la imagen obtenida repercutiendo en un diagnóstico de calidad.
Se requiere una actualización, archivo en soporte informático e impresión en papel plastificado para tenerlo a disposición en las salas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaboración de fichas radiológicas de las distintas zonas anatómicas, describiendo técnica, proyección y criterios de calidad de imagen. Utilidad como guía de actuación.
- Mejorar el proceso de realización de la exploración facilitando al TSID su trabajo y ahorrando tiempo.
- Homogeneizar criterios.
- Beneficio que afecta a toda la población y profesionales implicados que obtienen una mayor calidad diagnóstica.

MÉTODO
ACCIONES:
- Reunión inicial: Organización de grupos de trabajo de TSID y distribución de tareas por grupos.
- Revisión del estado actual de la protocolización de estudios radiológicos (criterios de valoración, dosis...)
- Reuniones mensuales. Ocho en un año, excluyendo periodos vacacionales.
o Exposición del trabajo realizado en cada reunión y valoración conjunta del grupo.
o Validación o modificación si procede.

INDICADORES
INDICADORES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0662

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELABORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN CME GRANDE COVIAN

- % de fichas radiológicas realizadas y validadas: >90% (Entre 90-100%)
- % de consenso entre los TSID en la validación: >90% (Entre 90-100%)

DURACIÓN

Reunión inicial de 1 h.

Reuniones mensuales de 45 min. Se fijará día concreto en cada reunión de la próxima según disponibilidad del personal.

Fecha prevista de inicio: Marzo 2019.

Fecha prevista finalización del proyecto: Febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0974

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE BEGOÑA MARTINEZ CIRIANO
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ RODRIGUEZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La finalidad inicial del proyecto es establecer unas normas de actuación protocolizadas ante posibles episodios de agitación psicomotriz, situaciones conflictivas y fugas que pudiesen acontecer en los jóvenes con patología mental que acuden a Hospital de día.

Para ello se revisó la bibliografía existente en el momento actual en otros tipos de dispositivo de estas características y de la hospitalización parcial tanto del ámbito nacional como internacional, con el objetivo de acordar los criterios específicos a nuestro dispositivo.

Fases del Proyecto:

1- en primer lugar se realizó una búsqueda de bibliografía en internet de bases de datos biomédicas principalmente Medline, Pubmed, Indice médico español, Teseo, Cochrane y guías clínicas.

2- Lectura por parte del área de enfermería y psiquiatría de la bibliografía y selección de los protocolos más recientes.

3- Se hace una reunión para acordar y asignar los índices a realizar por parte de cada uno de los profesionales participantes en la elaboración.

4- Se establece que la comunicación se hará a través de los correos electrónicos y del grupo de WhatsApp de Hospital de Día.

5- Se traslada al resto del equipo la posibilidad de aportar sugerencias, bibliografía o consideraciones y dificultades a tomar en cuenta.

6- Se elaboró los distintos índices y apartados del Protocolo de forma individual por cada uno de los profesionales: Enfermería y Psiquiatría.

7- Se realiza una segunda reunión en la que se puso en común los distintos apartados y se redactó el protocolo.

8- Puesta en común en el equipo de Hospital de Día del Protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La presente memoria viene a reflejar nuestro propósito en este proyecto, cuyo objetivo consiste en la elaboración de algoritmos de actuación de los diferentes procesos a llevar a cabo, para establecer las actuaciones correctas ante la detección de situaciones de riesgo y/o violencia que pueden acontecer en nuestra unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4. Con la elaboración y puesta en común con el equipo del protocolo de actuación, se pretende minimizar efectos adversos mediante el conocimiento y desarrollo de las actuaciones protocolizadas de todas las partes integrantes en el programa, y poder llevar a cabo un registro de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

Poder establecer criterios de unificación con otros dispositivos de Salud Mental en la Atención al menor en nuestra comunidad.

Este tipo de documentos unifican criterios de actuación, facilitan el trabajo en caso de Urgencia, haciendo que cada profesional actúe de forma coordinada dentro de un equipo.

Se recomienda revisar periódicamente, poner en común y actualizar el protocolo cada 6 meses, fomentando la implicación del equipo para generar sinergias que mejoren la calidad de atención al paciente.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/974 ===== ***

Nº de registro: 0974

Título
ELABORACION DE PROTOCOLO DE AGITACION PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL

Autores:
MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA, VAZQUEZ RODRIGUEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0974

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: Trastorno mental grave
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el hospital de día en salud mental del niño y adolescente "Parque Goya" se atiende a niños y adolescentes con edades entre 6 y 18 años de edad con trastorno Mental grave, en muchos de ellos en situación sub-aguda.

El ingreso en hospital de día en salud mental de niños y adolescentes es habitualmente una situación especial, en parte debido a que al ser un tratamiento intensivo el número de horas que los pacientes están en los diferentes espacios es elevado, interaccionando en las distintas actividades en grupo tanto con sus pares como con los profesionales. Ello añadido a la gravedad de su psicopatología puede dar lugar a que alguno de ellos presente una agitación y/o fuga del hospital.

El abordaje del paciente afecto de un estado de agitación psicomotriz es sin duda uno de los mayores retos que puede presentarse para los profesionales sanitarios y las propias instituciones, debido al importante impacto biopsicosocial y ético-legal.

El personal sanitario tiene que ser capaz de actuar con prontitud, percatarse de las señales de alerta, emitir un primer juicio diagnóstico con poca información y tomar medidas que protejan al paciente y que tengan un efecto terapéutico.

Se considera que un paciente se ha fugado del Centro, cuando la ausencia se produce a instancias del propio paciente, abandonando el hospital, sin que exista indicación y sin conocimiento del personal del hospital o cuando se produzca durante una fase de evolución de agitación psicomotriz con interacción del personal.

El personal sanitario tiene que ser capaz de tomar las medidas pertinentes y evitar efectos adversos, teniendo en cuenta: derechos y obligaciones, ley Gral de sanidad, ley de autonomía del paciente y procedimiento de notificación del incidente acontecido.

El personal sanitario tiene que ser capaz de actuar con prontitud y tomar las medidas que protejan al paciente. Para ello, es necesario llevar a cabo unas pautas adecuadas de intervención y el uso de determinadas medidas, tanto farmacológicas como no farmacológicas junto con la coordinación de los profesionales que intervienen en el hospital para lograr una mayor efectividad en el abordaje de estos pacientes y una disminución de consecuencias nocivas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Detectar conductas y señales de riesgo para poder predecir señales de alerta.
2. Elaborar un protocolo de agitación y fuga individualizado para minimizar posibles situaciones de riesgo.
3. Establecer un procedimiento de elaboración, organización y coordinación de las actuaciones adecuadas entre los profesionales de hospital de día encaminadas poder solventar la crisis de agitación.
4. Establecer las actuaciones correctas de notificaciones, comunicaciones y actuaciones a todas las partes interesadas en la fuga detectada (Profesional, servicio, Institución...)
5. Establecer las actuaciones correctas ante la detección de situaciones de riesgo que pueden acontecer en el día a día y que podrían generar una situación violenta.
6. Garantizar la seguridad del paciente e integridad mediante actuaciones adecuadas y correctamente coordinadas para aumentar y mejorar la calidad asistencial

MÉTODO

Realizar una búsqueda bibliográfica y guías de otros protocolos realizados en otros servicios de Hospital de día.
Confección de la gestión de protocolos.
Puesta en común en el equipo.
Puesta en marcha de los protocolos.

INDICADORES

Número de protocolos revisados y analizados.
Elaboración de procesos y subprocesos.

DURACIÓN

Mayo 2019: búsqueda bibliográfica
Junio 2019: coordinación y visita a otros dispositivos de Hospital de día
Julio - diciembre 2019: elaboración de protocolo, puesta en común en el equipo y aprobación del mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0974

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y FUGA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1487

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL "PARQUE GOYA" DE SALUD MENTAL (HDIJ)

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE EVA BENAVENTE PORTOLES
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ POBLETE CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Comunicación del proyecto al equipo, desarrollo de calendario e introducción en el cronograma del Plan funcional del Hospital de día la actividad de nutrición y alimentación. Fecha de inicio: 1 junio de 2019.
Se han utilizado los recursos detallados en el Proyecto 2019_1487, para la consecución de los objetivos previstos en dicho proyecto.

1-Recogida de almuerzo saludable en Colegio Agustina: un día a la semana, los pacientes se han ido alternando para ir a recoger fruta y leche.

2-Desde julio que finaliza la actividad escolar, nos pusimos en contacto con nuestro Hospital de Sector 1. HRV, para que nos enviaran semanalmente: fruta, leche, galletas y cola-cajo, zumos.

3-Se han realizado los intercambios de almuerzo en lo que diseñamos como "Semana Saludable" una en julio y otra en agosto: salidas con pacientes y paseos a espacios abiertos, y saludables, parque urbanos Expo, parque del agua, riberas del Ebro, Juslibol.

Igualmente se han compartido almuerzo en festivos señalados: El Pilar o Navidad.

***Se elaboró material Power point de presentación de la actividad "Semanas Saludables". Se les enseñó a los pacientes el viernes previo a las salidas.

4-Taller sesión explicativa, nutrición, alimentos:

? De junio a septiembre: una vez al mes

? De octubre a diciembre: una vez por semana.

Este taller se ha realizado mediante la elaboración de un Power point en el que se ha trabajado: la dieta mediterránea, clarificar opiniones sobre dietas falsas, el conocimiento práctico de la pirámide de alimentarios, así como los mitos y falsedades de determinados alimentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

· N° PARTICIPANTES QUE HAN ALMOZADO DOS DÍAS A LA SEMANA (FRENTE A PACIENTES TOTALES): 22 de 24

· N° PACIENTES QUE HAN GENERALIZADO SU ALMUERZO A RESTO DE DÍAS: 22 de 24

· N° PACIENTES QUE HAN GENERALIZADO LA ACCIÓN A SU ENTORNO FAMILIAR:

Se desconoce. Ya que se ha observado, salvo excepciones contadas, que la preocupación de las familias en general por el tema alimentario, es de baja intensidad, respecto a otros síntomas que presentan estos pacientes.

· PACIENTES CON ASISTENCIA AL TALLER SALUDABLE Y QUE HAN PARTICIPADO ACTIVAMENTE:

Todos los pacientes han tomado interés por el Taller y han participado activamente, introducidos por dinámicas grupales activas propuesta por el terapeuta.

Igualmente se han hecho recogidas de información en grupo sobre parques urbanos con instalaciones deportivas. Se han buscado comercios y supermercados de proximidad en sus barrios. Se les ha motivado para realizar compras y aprender a leer los etiquetados.

· PACIENTES QUE HAN CAMBIADO SU PERCEPCIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

Los participantes han cambiado su percepción sobre la alimentación y han aumentado su concienciación. En el caso de los pacientes con atracones y sobrepeso, todavía se encuentran en la fase de contemplación (Prochaska y Diclemente, Estadios de Cambio). Siéndoles muy difícil en este momento, tomar la determinación de cambio. Los pacientes con episodios de alta restricción alimentaria, han sido muy resistentes a los Niveles de cambio: funcionalidad del síntoma/ situación y conflictos intrapersonales.

Impacto del Proyecto: necesidad de almorzar, seleccionar alimentos más saludables e integrar el ejercicio físico. En el caso de estos pacientes, evitar además las siestas prolongadas, a veces en relación a efectos secundarios de la medicación, otras veces, en relación al sedentarismo y ausencia de planes en el exterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos del proyecto: atención nutricional de los pacientes en el Hospital, favorecer conductas alimentaria más sanas. Cambiar creencias y concienciar sobre el cuidado de la salud, consideramos que se han cumplido.

Observaciones relevantes:

Los pacientes vistos en el año 2019 en el Hospital han manifestado unas actitudes hacía la nutrición saludable y el ejercicio, a veces mediatizadas por procesamientos cognitivos distorsionadas (falsas creencias). Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1487

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL "PARQUE GOYA" DE SALUD MENTAL (HDIJ)

veces, sus hábitos alimentarios están inmersos en sus problemas psiquiátricos. Nos hemos encontrado que los pacientes con conductas de tipo más externalizantes: extroversión, bajo control de impulsos, necesidad de inmediatez, ansiedad motora, tienden a padecer a padecer, sobrepeso. Estos pacientes lo han asociado a niveles altos de ansiedad tanto interna, como reactiva: espacios sociales informales (almuerzo en Hospital) o relaciones sociales con grupos de iguales. También hemos observado que algunos pacientes, realizan atracones en el espacio del almuerzo en el Hospital, como forma de mitigar la ansiedad social y la evitación de la comunicación informal tanto con otros pacientes como con profesionales. Hemos observado que los pacientes más internalizantes: más introvertidos, más depresivos, menos necesidad de acting, comen de forma más lenta y más saludable.

7. OBSERVACIONES.

Nos parece de interés de cara a un futuro proyecto el recoger los datos siguientes observados:

- Total, pacientes participantes: 24
- Total, pacientes con sobrepeso. 9
Fuente. Indicadores antropométricos de los historiales del HDIJ Parque Goya.
- Total pacientes con episodios muy frecuentes de atracón: 8
Fuente: el entorno familiar y HDIJ Parque Goya
- Pacientes con episodios muy frecuentes de restricción alimentaria: 4
Fuente: el entorno familiar e informes de derivación USM
- Pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental y anorexia: 3
Fuente: Informe de derivación de la Unidad de Salud Mental (USM).

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1487 ===== ***

Nº de registro: 1487

Título
PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL PARQUE GOYA DE SALUD MENTAL (HDIJ)

Autores:
BENAVENTE PORTOLES EVA, MARTINEZ POBLETE CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL PARQUE GOYA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El HDIJ Parque Goya, es un dispositivo de Salud Mental de la CCAA Aragón de nueva implantación (dic. 2018), para la atención intensiva e integral de pacientes jóvenes hasta 18 años, que presentan patología mental grave. Se interviene desde el modelo de "hospitalización parcial" y desde un enfoque holístico y sistémico. Tiene como objetivos el abordaje de la patología psiquiátrica y la intervención en todas las áreas de funcionamiento del paciente.
Desde esta perspectiva se han detectado en estos pacientes jóvenes, diversos problemas alimentarios, bien concomitantes o expresivos de sus dificultades psicopatológicas, o bien una completa ausencia de hábitos alimentarios saludables.
El perfil de estos pacientes es:
- Aislamiento social, sedentarismo y ausencia de hábitos alimentarios sanos; aburrimiento, inactividad e

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1487

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL "PARQUE GOYA" DE SALUD MENTAL (HDIJ)

ingestas inadecuadas.

- Creencias falsas. Trastornos alimentarios diversos, unos derivados de su psicopatología de base como por ejemplo en las fobias sociales, trastornos depresivos. Otros centrados en el rechazo completo a la ingesta de comida (huelgas de hambre) que tiene lugar en trastornos de la personalidad severo. En otros casos se da la situación de imponerse reglas estrictas alimentarias: cuándo, qué comer y cómo, alternando con otras conductas de ingestas de altos consumos de alimentos de carbohidratos y grasas.
Por otro lado, determinadas situaciones que con frecuencia se encuentran en población infanto juvenil psiquiátrica, pueden derivar en trastornos alimentarios como sentirse solo, sentirse deprimido, soledad, aburrimiento o irritabilidad.
Baja autoestima y > de los niveles de ansiedad son, según estudios, los mejores predictores para detectar patología de la conducta alimentaria en adolescentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto va dirigido a pacientes de 6-17 años.

Objetivos:

- La atención nutricional de los pacientes del Hospital de día.
- Favorecer las conductas alimentarias saludables
- Ayudar a adquirir conocimientos y cambiar creencias erróneas respecto a los alimentos.
- Concienciar a los pacientes sobre la importancia de un cuidado integral de su salud.

MÉTODO

ACCION 1 ACTIVIDAD INTRAHOSPITALARIA

Profesionales:

- Desarrollo Proyecto -Programa. Calendario.
- Reuniones de seguimiento de la actividad del equipo responsable. Ajustes según necesidades sobrevenidas o detectadas.

Pacientes:

Introducir en el cronograma de actividades del Plan funcional del Hospital de Día, una actividad relacionada con la nutrición y alimentación.

Para ello dedicaremos dos días a la semana en el "espacio informal del almuerzo" a incidir sobre la necesidad de que realicen algún tipo de ingesta alimentaria durante este tiempo. Se van a concretar en 3 actividades:

- Un día a la semana de consumo de los productos (leche y fruta) que nos aporta un centro educativo (VER Acción 2).

- Un día a la semana de "intercambio de almuerzos", en el que cada paciente aporte una pieza de fruta para compartir, con el objetivo de que logren un mayor compromiso con la actividad.

- Un día al mes implantar un TALLER "sesión explicativa de alimentos y nutrición", finalizando la sesión con una propuesta compartida para el día siguiente, de realizar en el espacio del almuerzo un tipo de lunch o aperitivo ligero, con ingredientes variados que puedan realizar y comer en el hospital.

ACCION 2 ACTIVIDAD COMUNITARIA

Nos hemos puesto en contacto con el CEIP Agustina de Aragón, que nos ha incluido en su "Plan de Consumo de Frutas y Lácteos en la escuela".

INDICADORES

INDICADORES:

Nº de pacientes que:

- Han participado en el almuerzo dos días a la semana frente a nº de pacientes totales.
- Han generalizado el almuerzo los otros días de la semana.
- Han generalizado la acción a su entorno familiar.
- Asisten al Taller mensual de alimentación saludable y participan activamente en la confección del almuerzo.
- Han cambiado su percepción sobre la necesidad de la alimentación saludable.

EVALUACIÓN

Se realizará mediante una hoja de auto-registro semanal individualizada.

Al final del proyecto se hará una valoración del progreso y resultados.

DURACIÓN

Se pretende que el espacio de media hora dedicado al almuerzo, sea un espacio compartido informalmente entre pacientes y profesionales, donde se intenta replicar las interacciones sociales que se dan la vida diaria.

Los responsables realizarán las siguientes funciones:

- Informar a los pacientes nuevos y a sus familias del desarrollo de esta actividad que se realiza durante la media hora del almuerzo: traer alguna fruta, traer algún alimento para el lunch mensual, introducir nuevos alimentos en el plan nutricional doméstico.
- Implicación de los pacientes para la recogida de la fruta en el colegio.
- Impartición del Taller mensual de nutrición.

OBSERVACIONES

La mayoría de los Hospitales de día tanto para jóvenes como para adultos, tienen entre sus protocolos de actuación, la realización mínima de 1 almuerzo o comida diaria en el Hospital. Considerándose esta actividad como altamente terapéutica. En nuestro caso, la ubicación de nuestro dispositivo en un Centro de Salud, no nos permite en la actualidad, la implantación del catering, que sería necesario para dicha actividad.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1487

1. TÍTULO

PROMOCIÓN DE HABITOS SALUDABLES EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTO JUVENIL "PARQUE GOYA" DE SALUD MENTAL (HDIJ)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0795

1. TÍTULO

VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE PSICOLOGIA CLINICA DE CSM MEDIANTE ESCALAS DE EVALUACION CONDUCTUAL AUTOAPLICADAS REMITIDAS POR CORREO ELECTRONICO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ESPERANZA VALLS LAZARO
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro USM ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ ROIG MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Desde la Consulta de Psicología Clínica se seleccionaron 140 pacientes que reunían las características requeridas, conforme a la valoración realizada en la 1ª visita con la entrevista de primer día. Los requerimientos eran diagnósticos y clínicos (Trastornos afectivos, de ansiedad y adaptativos) y de características personales (capacidad de manejo y uso de correo electrónico)
En dichos pacientes el profesional elegía la Escalas de Evaluación Conductual Autoaplicadas más adecuadas para la evaluación basal del paciente y al finalizar la consulta se le solicitaba una dirección de correo electrónico para ponerse en contacto y a la que se remitía el documento Word con las escalas seleccionadas para que responda el plazo que el profesional estime indicado. Simultáneamente se proporciona al paciente la dirección de correo electrónico corporativo del profesional a la que dirigirse. Esta oferta debe de ser acotada y derivada a consulta presencial en caso de una demanda desbordada.
Se solicita el consentimiento informado para gestionar toda la información a través de correo electrónico. A partir de entonces se abre una línea de intercambio por esta vía para la recepción de los registros y tareas psicoterapéuticas adjudicadas al paciente para el periodo intersesiones y para el envío de las respuestas, matizaciones, documentación escrita de las estrategias trabajadas etc por parte del profesional. Así mismo es usado como primera vía de contención emocional si el paciente así lo demanda y así lo considera pertinente el profesional.
Los cambios llevados a cabo en el Servicio se limitan a la asignación de un espacio de tiempo semanal (inicialmente 2-3 horas) para la gestión de los correos electrónicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. El resultado es ampliamente satisfactorio y para valorar los resultados de cara a la elaboración de la memoria se realiza una breve encuesta de valoración de los usuarios del programa para conocer su opinión y valoración del mismo.
Se adjunta la encuesta y se indica la media obtenida entre todas las respuestas recibidas.

Encuesta

Le enviamos esta encuesta como usuario del C.S.M. Actur sur, para conocer su valoración sobre si la comunicación por correo electrónico la considera una vía o herramienta útil para poder intercambiar documentación, información, registros y una comunicación directa más ágil con el profesional que le atiende o ha atendido. Recuerde que no estamos valorando su satisfacción ni con el Servicio Aragonés de Salud, ni con el profesional concreto que le atiende, sino solamente si considera el correo electrónico un medio positivo y útil en el proceso de tratamiento que Ud lleva. Por favor marque con una X o en negrita la respuesta que más se asemeje a su opinión. Gracias por colaborar, no es necesario identificarse.

1. Me facilita poder recibir o enviar cuestionarios, documentos, información o registros de tareas de forma útil y satisfactoria sin tener que desplazarme de mi domicilio para ello.

1	2	3	4	5	media: 4.3
en absoluto algo	bastante	mucho	muchísimo		

2. Me facilita poder comunicarme con el profesional que me atiende en el caso de una situación de mayor necesidad de comunicación o emergencia emocional, en tiempo más rápido sin la limitación de las citas preprogramadas.

1	2	3	4	5	media: 4.2
en absoluto algo	bastante	mucho	muchísimo		

3. He recibido con relativa rapidez una respuesta del profesional para ayudarme a gestionar la situación de conflicto en la que me hallaba.
media: 4.35

1	2	3	4	5
no he recibido respuesta	tardó pero contestó	demora de más de semana, en esa misma semana	contestó rápido en 24 h.	contestó

4. Sus respuestas me han servido para gestionar mejor la situación y mi malestar no fuera a peor.
media: 4.0

1	2	3	4	5
nada útil	algo útil	bastante útil	muy útil	me ayudó muchísimo

5. Me siento más conectado y mi confianza en el servicio y seguimiento es mayor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0795

1. TÍTULO

VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE PSICOLOGIA CLINICA DE CSM MEDIANTE ESCALAS DE EVALUACION CONDUCTUAL AUTOAPLICADAS REMITIDAS POR CORREO ELECTRONICO

Detectar casos con riesgo suicida.

La población diana son pacientes de más de 18 años con Trastornos Afectivos (ansiedad y depresión) y Trastornos Adaptativos que acuden a la consulta de Psicología Clínica del CSM

MÉTODO

Desde la Consulta de Psicología Clínica se seleccionarán sucesivamente los pacientes que reúnan las características requeridas, a medida que se les cite como pacientes de primer día. Los requerimientos serán diagnósticos y clínicos (Trastornos afectivos, de ansiedad y adaptativos) y de características personales (capacidad de manejo y uso de correo electrónico)

En dichos pacientes el profesional elegirá la Escala de Evaluación Conductual Autoaplicada más adecuada para la evaluación basal del paciente y al analizar la consulta se le solicitará una dirección de correo electrónico para ponerse en contacto y a la que se remitirá documento Word con las escalas seleccionadas para que responda el plazo que el profesional estime indicado.

Simultáneamente se proporcionará al paciente una dirección de correo electrónico a la que dirigirse. Esta oferta debe de ser acotada y derivada a consulta presencial en caso de una demanda desbordada.

Se solicitará consentimiento informado para gestionar toda la información a través de correo electrónico

Los cambios previstos en el Servicio se limitan a la asignación de un espacio de tiempo semanal (inicialmente 2 horas) para la gestión de los correos electrónicos

INDICADORES

El proyecto se monitorizará mediante los siguientes parametros:

Numero de pacientes incluidos (deseable >30)

Numero de consultas no programadas o asistencias a urgencias generadas por los pacientes incluidos (Deseable < 5 por cada 30 pacientes)

Encuesta de satisfacción de usuarios

DURACIÓN

Inicio de programa el 1 de Abril 2019

Fecha de evaluación: 31 MARZO 2020

Se comunicarán los resultados a partir de Diciembre. No se define fecha de fin de la actividad puesto que se trata de una actividad a iniciar e implantar. El proyecto de evaluación finalizará en Marzo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1289

1. TÍTULO

PROGRAMACION ACTIVIDADES CONJUNTAS Y COORDINACION DEL CENTRO SALUD MENTAL ACTRUR SUR CON LA ASOCIACION DE USUARIOS Y FAMILIARES "PASO A PASO"

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL MARTINEZ ROIG
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACIN NAVARRO MYRIAM
GONZALEZ ASENJO HELENA
DE MIGUEL GIMENO SEGUNDO
QUETGLAS FERRIOL BERNARDO
GOMEZ HERNANDEZ RAFAEL
VALLESPI CANTABRANA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de 2019 se han mantenido 3 reuniones con diversos componentes de la asociación para planificar el tipo de intervención /taller para aplicar por el personal del centro y las vías en que usuarios y familiares de la asociación han de incorporarse a la gestión y valoración del Programa de Primeros Episodios Psicóticos (PEP) del centro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos que se diseñaron fueron:

- 1.- Mantener reuniones periódicas con la asociación para diseñar estrategias de colaboración (una al trimestre). Este objetivo se ha cumplido
 - 2.- Realizar actividades formativas / talleres con los miembros de la asociación. Previsto iniciar en primer trimestre de 2020
 - 3.- Establecer espacios dentro de la USM que permita que los usuarios de recursos de salud mental del sector I entre 18 y 65 años y diagnosticados como TRASTORNO MENTAL GRAVE puedan beneficiarse de las actuaciones de la asociación. Previsto iniciar en primer trimestre
- Dada la característica del proyecto y su relación a su vez con la puesta en marcha de otras iniciativas se marco Abril de 2020 como fecha de evaluación de indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La relación con familiares y usuarios y su incorporación a la gestión de los recursos requiere espacios específicos que aun no están diseñados en el caso de Salud Mental. Mientras no sea así los encuentro profesionales - familias - usuarios dependen de múltiples elementos que hacen difícil su entrada en agenda

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1289 ===== ***

Nº de registro: 1289

Título
PROGRAMACION ACTIVIDADES CONJUNTAS Y COORDINACION DEL CENTRO SALUD MENTAL ACTRUR SUR CON LA ASOCIACION DE USUARIOS Y FAMILIARES "PASO A PASO"

Autores:
MARTINEZ ROIG MIGUEL, ACIN NAVARRO MYRIAM, GOMEZ HERNANDEZ RAFAEL, GONZALEZ ASENJO HELENA, QUETGLAS FERRIOL BERNARDO, VALLESPI CANTABRANA ANA, DE MIGUEL GIMENO SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ACTUR SUR

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1289

1. TÍTULO

PROGRAMACION ACTIVIDADES CONJUNTAS Y COORDINACION DEL CENTRO SALUD MENTAL ACTRUR SUR CON LA ASOCIACION DE USUARIOS Y FAMILIARES "PASO A PASO"

PROBLEMA

La incorporación de los usuarios y sus familias a la toma de decisiones se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de todas los sistemas y organizaciones sanitarias. La fragmentación de las asociaciones hace difícil designar un interlocutor representativo pero desde recursos de salud mental de nuestro sector un grupo de familiares y usuarios se han organizado como asociación (Asociación "Paso a Paso") lo que nos permite incorporarlos a las actividades de la USM y otros recursos de forma bidireccional, permitiendonos proporcionar formación y psicoeducación a la vez que nos permite tener feed back sobre las intervenciones realizadas

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos son:

- 1.- Mantener reuniones periódicas con la asociación para diseñar estrategias de colaboración (una al trimestre)
- 2.- Realizar actividades formativas / talleres con los miembros de la asociación
- 3.- Establecer espacios dentro de la USM que permita que los usuarios de recursos de salud mental del sector I entre 18 y 65 años y diagnosticados como TRASTORNO MENTAL GRAVE puedan beneficiarse de las actuaciones de la asociación

MÉTODO

Las acciones a desarrollar son :

- 1.- Reuniones con la Asociación y los profesionales de la USM y otros recursos al menos uno por trimestre para detectar necesidades formativas y de apoyo a la asociación, atender a la percepción de usuarios y sus familias del funcionamiento de su familia, diseñar espacios en los que la asociación pueda intervenir en las actividades clínicas de la USM y ofrecer la USM como vía de vinculación y apoyo a otros pacientes
- 2.- Talleres formativos de corte psicoeducativo de tipo divulgativo
- 3.- Diseño de material informativo para usuarios de la USM

INDICADORES

Reuniones con la Asociación: 4 hasta Abril 2020
Talleres: Entre 4 y 6 hasta Abril 2020
Diseño de material divulgativo para entregar en la USM

DURACIÓN

Se trata de un proyecto para lanzar una actividad que ha de mantenerse como oferta estable de los recursos de salud mental del Sector. El proyecto y la evaluación está prevista para Abril 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1022

1. TÍTULO

COLABORACION CON EL CENTRO SOCIO-LABORAL LA JOTA PARA FOMENTAR HABITOS SALUDABLES ENTRE LOS JOVENES

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE DOMINGO PONCE SALCEDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOBERA LAHOZA ELENA
BANDRES DE BLAS ESTHER CLARA
MENE LOMBARDO LUCIA
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente, se formó un grupo de trabajo con personal sanitario para dar forma al proyecto. Tras ello se realizó una primera reunión con educadores del centro socio-laboral el 20 de septiembre de 2018 para ver cómo se iban a tratar estos temas y qué fechas serían las más adecuadas. Posteriormente, a través de reuniones del grupo de trabajo del centro de salud, a partir de diciembre de 2018, se fueron desarrollando las intervenciones en forma de charlas-taller. Se desarrollaron las siguientes charlas-taller con una duración aproximada de unos 90 minutos : "Trastornos de la conducta alimentaria" (12 de febrero de 2019), "Alimentación saludable" (19 de marzo de 2019) y "Actividad física e higiene postural" (9 de abril de 2019). Previamente, como introducción a dichas charlas-taller, se ofreció material audiovisual (películas, reportajes, documentales,...) que trataban sobre el tema que se iba a desarrollar para que los alumnos tuvieran un primer acercamiento al mismo unos días antes. Se expuso a través de presentaciones audiovisuales elaboradas exclusivamente para el proyecto. Se procuró fomentar la participación activa de los participantes buscando una visión crítica de la información que se trataba.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Prevía a cada charla se realizaron encuestas para evaluar el grado de conocimientos/adherencia a los hábitos de salud, déficits de conocimientos, así como prácticas de riesgo en los participantes. Finalizadas las charlas, se evaluó la mejora de conocimientos y grado de satisfacción/aceptación de cada actividad con una nueva encuesta. De esta forma objetivamos que un 100% de la población había mejorado sus conocimientos, había resuelto dudas, y les había resultado útil. Sin embargo el 20% no estaba dispuesto a modificar sus hábitos de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ante la buena respuesta de éstas charlas se tiene la intención de seguir colaborando con éste centro para futuras ocasiones con otros temas a tratar, incluso se podría intentar ampliar el proyecto a otros centros educativos. Sería interesante implicar a otros profesionales del centro de salud para aportar nuevas ideas, puntos de vista y conocimientos (p.e. fisioterapeutas, matrona, médicos de familia, pediatras, trabajadora social, etc.).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1022 ===== ***

Nº de registro: 1022

Título
COLABORACION CON EL CENTRO SOCIO-LABORAL LA JOTA PARA FOMENTAR HABITOS SALUDABLES ENTRE LOS JOVENES

Autores:
PONCE SALCEDA DOMINGO, LOBERA LAHOZA ELENA, BANDRES DE BLAS ESTHER CLARA, MENE LOMBARDO LUCIA, MONTESINOS ESCARTIN TAMARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: (Z72) Problemas relacionados con el estilo de vida
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1022

1. TÍTULO

COLABORACION CON EL CENTRO SOCIO-LABORAL LA JOTA PARA FOMENTAR HABITOS SALUDABLES ENTRE LOS JOVENES

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La zona básica de salud del Centro de Salud de La Jota engloba más de una docena de centros educativos dirigidos a la población más joven. Es importante que exista una relación directa entre el Centro de Salud y estos centros para que fluya una información veraz acerca de los hábitos saludables que debe incorporar o establecer la población desde las edades más tempranas. Actualmente es muy importante el uso que hace esta población de redes sociales y páginas web de personas poco o nada formadas en hábitos saludables pero que tienen gran influencia por diferentes razones y afectan a las decisiones sobre hábitos de salud de esta parte de la población fácilmente manipulable. Por ello, consideramos muy necesario mostrar a dicha población la visión del Centro de Salud no sólo como un lugar de atención médica sino también como un referente en la promoción de la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el conocimiento y habilidades en buenos hábitos de salud en población joven sana.
Aumentar las alianzas entre el centro de salud y la comunidad.
Reducir conductas de riesgos en población vulnerable.

MÉTODO

Tras un primer contacto realizado en 2018 con el CENTRO SOCIOLABORAL LA JOTA TAMIZ, a petición de dicho centro, por la necesidad de abordar temas que habían valorado como deficientes en sus alumnos y podían conllevar riesgos, se ideó una colaboración en la que desde el centro de Salud se desarrollarían unos temas determinados previamente, dirigidos al alumnado (jóvenes de 15 años derivados por orientación escolar y a jóvenes de 16 a 25 sin titulación escolar ni cualificación profesional). En total se determinaron 3 temas a tratar: trastornos de la conducta alimentaria, la dieta saludable y vida sana (ejercicio físico)- higiene postural. Inicialmente se forma un grupo de trabajo con personal sanitario para dar forma al proyecto. Tras ello se realiza una primera reunión con educadores del centro socio-laboral para ver cómo se tratarán estos temas y qué fechas serán las más adecuadas. Posteriormente, a través de reuniones del grupo de trabajo del centro de salud, se van a desarrollar las intervenciones en forma de charlas-taller. Se utilizarán los espacios y medios audiovisuales disponibles en el centro de salud y en el centro educativo. Las charlas-taller irán englobadas en el desarrollo de asignaturas que se imparten en el centro educativo para complementar los conocimientos de los alumnos fomentando la transversalidad en la educación. Previamente, como introducción a dichas charlas-taller, se ofrecerá material audiovisual (películas, reportajes, documentales,...) que traten sobre el tema que se va a desarrollar para que los alumnos tengan un primer acercamiento al mismo unos días antes. Se expondrá a través de presentaciones audiovisuales el tema en la fecha determinada tras las reuniones previas. En la charla-taller se fomentará la participación activa de los participantes buscando una visión crítica de la información que se trate.

INDICADORES

Se realizarán, previamente a cada charla-taller, encuestas para evaluar el grado de conocimientos /adherencia a buenos hábitos de salud y, finalizando el proyecto, se volverá a evaluar la mejora de conocimientos /aplicación de buenos hábitos con una nueva encuesta. Tras cada charla-taller se repartirá una encuesta de satisfacción para tener una idea del grado de aceptación de cada actividad. Se mantendrá una fluida comunicación con los educadores del centro educativo para tener información de cómo los alumnos valoran las intervenciones del centro de salud y qué inquietudes muestran sobre estos y otros temas de salud en la dinámica diaria del centro educativo.

DURACIÓN

Adaptándonos al calendario escolar y al diseño curricular del centro educativo, el proyecto se realizará durante el primer semestre de 2019. Tres talleres de 90 minutos cada uno de duración aproximadamente, en grupos de hasta 12 participantes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

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.
- Polimedificados: 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.
- Sterillium: 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 EXTENSIÓN:

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 GALLEGO 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. Polimedicado 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 Polimedocado", 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 Polimedocados > 75 años.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Control de Pacientes Ancianos Polimedocados > 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 como: 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 que 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 - 2018/0668

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¿QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?

Fecha de entrada: 23/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARDENILLA GIL CRISTINA
IBERO REDIN JAIONE
IGLESIAS ESTEBAN LAVINIA
LOPEZ CAMPOS MONICA
ABAD HERNANDEZ DAVID
VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo principal del proyecto se ha cumplido al aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas de la Zona Básica de Salud. Se ha cumplido el calendario marcando a excepción del último punto como se indica posteriormente.

Los objetivos secundarios se cumplieron al proponer el proyecto en 2018 a todos los centros escolares, aceptando los tres centros, en los diversos talleres se aportó la información mediante presentación Power Point y se solucionaron multitud de dudas expuestas por los docentes. Los conocimientos adquiridos (Pre-post formación) se exponen posteriormente. La satisfacción del personal tanto docente como sanitario ha sido muy alta en todos los aspectos. No hemos cumplido la meta de participación del 70% del profesorado ya que en uno de los colegios no fueron convocados todos los profesores, de los que sí fueron convocados participó el 100%. Este proyecto forma parte de la "Agenda Comunitaria de Actividades en colegios" que llevamos a cabo en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Acudieron en CEIP Josefa Amar y Borbón 12 profesores de 20 en total, en Sagrado Corazón de Jesús acudieron 22 profesores de 22 que fueron convocados, de 110 en total.

Al analizar los test post-prueba hemos encontrado:

Los conocimientos sobre la enfermedad cuestionada (Anafilaxia, epilepsia, asma, hipoglucemia) son altos salvo en la anafilaxia que el 58% de los profesores reconocen no saber de que se trata.

ANAFILAXIA:

- CEIP Josefa Amar y Borbón: Solo el 25% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 16% sabría cómo actuar y el 8.6% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. Más de la mitad del profesorado desconocía los desencadenantes más frecuentes de las reacciones anafilácticas.
- Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 6.66% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 6.66% sabría cómo actuar y ningún professor se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. Más de la mitad del profesorado desconocía los desencadenantes más frecuentes de las reacciones anafilácticas.

ASMA

- CEIP Josefa Amar y Borbón: El 75% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 58.3% sabría cómo actuar y el 41.6% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. El 83.3% es consciente de que los pacientes asmáticos pueden realizar ejercicio y que el mismo podría desencadenar una crisis.
- Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 66.6% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 46.66% sabría cómo actuar y el 60% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. El 80% es consciente de que los pacientes asmáticos pueden realizar ejercicio y el 93% que el mismo podría desencadenar una crisis.

EPILEPSIA

- CEIP Josefa Amar y Borbón: El 85.71% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 42.85% sabría cómo actuar y el 14.28% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado.
- Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 86.7% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 22.7% sabría cómo actuar y el 9.09% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado.

HIPOGLUCEMIA

- CEIP Josefa Amar y Borbón: Solo el 47.62% del profesorado sabría realizar una medición de azúcar. Y el 94.76% conocen las cifras de normalidad de la glucemia. El 55% saben de la peligrosidad de las hipoglucemias en el paciente diabético. El 59% sabría cómo actuar en una hipoglucemia, el 45.45% en una hipoglucemia y el 36.36% se ve capaz de iniciar el tratamiento necesario. Tras la formación el 90.9% afirma verse capacitado.
- Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 62% del profesorado sabría realizar una medición de azúcar. Y el 92.86% conocen las cifras de normalidad de la glucemia. Solo el 28,8% saben de la peligrosidad de las hipoglucemias en el paciente diabético. El 46.66% sabría cómo actuar en una hipoglucemia, el 33.33% en una hipoglucemia y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0668

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¿QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?

el 26.66% se ve capaz de iniciar el tratamiento necesario. Tras la formación el 90.9% afirma verse capacitado.

Los indicadores planteados:

? Indicadores de estructura:

- N° de profesionales que participan en las sesiones x 100 / n° de profesionales participantes en el programa previstos= 100%

? Indicadores de proceso:

- N° de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 / n° de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico= 100%

- N° de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / n° de profesores previstos captar en el año académico= CEIP Josefa Amar y Borbón 60%, Sagrado Corazón de Jesús 20%.

? Indicadores de resultado:

-N.º de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas= CEIP Josefa Amar y Borbón 100%.

-N° de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción completadas entre los profesionales sanitarios. No se pasó encuesta en todos los sanitarios que participaron, sino que fue de forma oral en la que expresaron su satisfacción.

Se ha completado los 6 primeros ítems del cronograma aportado en el proyecto salvo el último con la presentación de resultados del EAP al no disponer de todas las encuestas decidimos esperar, pero ya está programada su realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- No se presentó inicialmente ningún documento firmado por parte del Centro de Salud y del centro escolar con un acuerdo de colaboración. Ya se ha introducido en el proyecto.

- Hemos tenido problemas en ambos centros con la afluencia del profesorado. Especialmente en el colegio Sagrado Corazón de Jesús ya que a pesar de nuestra insistencia (Vía email y de forma personal) sólo fueron convocados los profesores de primaria, excluyendo al profesorado de infantil, secundaria y bachillerato. Nos planteamos si volver a ofrecer la actividad el próximo año para incluir a estos profesores.

- El realizar este proyecto nos ha dado fuerza para continuar con el mismo al ver la gran aceptación en profesores y apreciar la gran adquisición de conocimiento gracias a las evaluaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/668 ===== ***

Nº de registro: 0668

Título

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¿QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS

Autores:

PUIG GARCIA CARMEN, BARDENILLA GIL CRISTINA, IBERO REDIN JAIONE, IGLESIAS ESTEBAN LAVINIA, LOPEZ CAMPOS MONICA, ABAD HERNANDEZ DAVID, ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO, VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología: PRIMEROS AUXILIOS

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La formación en primeros auxilios es fundamental para todas personas y en un centro educativo el docente puede verse involucrado en situaciones de peligro. Con referencias a: 1ª Conferencia Internacional Promoción Salud (1986); Carta Europea Derechos del Niño (1992); Ley 12/2001, de la infancia y adolescencia en Aragón; Ley Servicio Aragonés Salud 2004 y Ley 5/2014, D. Gral de Ordenación Académica, D. Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y D. Gral de Salud Pública, han elaborado instrucciones que regulan la atención sanitaria no titulada en centros docentes de Aragón. El BOA destaca que la formación es un derecho y un deber del docente y desde el Centro de salud sería conveniente programar cada año formación al profesorado en atención de urgencia o emergencia. Nuestro propósito es ofrecer formación en primeros auxilios en colegios de la Zona Básica, a raíz de la petición de uno de los centros y de las RESOLUCIONES: • Marzo 2015, de Dirección Gral de Ordenación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0668

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¿QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?

Académica, Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y Dirección Gral de Salud Pública. • Noviembre 2017, del Director Gral de Innovación, Equidad y Participación y el Director Gral de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que suceden en las escuelas de la Zona.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Proponer a los centros escolares de nuestra área participar en el proyecto. - Aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver dudas y despejar miedos ante situaciones complicadas.-Valorar la satisfacción en el personal docente de los Centros educativos. - Valorar la satisfacción en el personal sanitario que participa. - Que participe al menos el 70% del personal docente del centro. - Recordar como pedir ayuda a los servicios sanitarios. - Incluir el proyecto en la "Agenda Comunitaria de Actividades en Colegios" que se va a crear este año, junto con otras intervenciones del C.S. que también se realizan en escuelas.

MÉTODO

PLAN DE COMUNICACIÓN: 1.- Presentación del proyecto al EAP (Soporte Digital) 2.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros docentes interesados. 3.- Solicitud de autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar

ACTIVIDADES A REALIZAR: Utilizando materiales preparados por los profesionales de pediatría de Actur Norte, en cada centro escolar se realizan dos intervenciones:

1ª Intervención: Presentación del programa de formación del profesorado. Se explicará propósito, objetivos y contenidos y se realizará un taller teórico para docentes. Al finalizar cada intervención se pondrá a disposición el material multimedia utilizado. - Presentación de los temas (Soporte Digital): o Actuación urgente ante crisis convulsivas. o Actuación urgente ante reacciones anafilácticas.

2ª Intervención: Presentación del programa de formación del profesorado. - Presentación de los temas (Soporte Digital): o Actuación urgente ante hipoglucemias y atención a niños diabéticos. o Atención a niños asmáticos. - Encuesta de valoración final

INDICADORES

La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el proyecto. Se obtendrán los datos de: -Registro de participantes de cada sesión impartida en el centro escolar. -Número de Centros participantes en el proyecto. -Cuestionarios de Evaluación de Satisfacción

INDICADORES: • Indicadores de estructura: - N° de profesionales que participan en las sesiones x 100 / n° de profesionales participantes en el programa previstos • Indicadores de proceso: - N° de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 /n° de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico - N° de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / n° de profesores previstos captar en el año académico • Indicadores de resultado: - N° de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas. - N° de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción completadas entre los profesionales sanitarios.

DURACIÓN

Responsables de la implantación del proyecto: equipo de pediatría (pediatras y enfermeras), participan MIR y EIR de pediatría.

CRONOGRAMA: 1.- Constitución de equipo responsable de proyecto (Nov. 2017) 2.- Presentación del proyecto al EAP (Enero 2018) 3.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa (Enero 2018) 4.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar (Febrero 2018) 5.- Desarrollo del programa en los centros interesados (marzo-junio 2018, septiembre-octubre 2018) 6.- Reunión del equipo de trabajo para la evaluar el proyecto (junio 2018 y diciembre 2018) 7.- Presentación de resultados al EAP (diciembre 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 22/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CLARES PUNCEL MARIA TERESA
REINAO CEGOÑINO HECTOR
MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA
GARCIA ASCASO IGNACIO
LORENTE RIVEROLA JUAN
MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA
PEREZ MARCO CHRISTINE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo principal del proyecto se ha cumplido al introducir la enseñanza de la RCP básica en las escuelas de enseñanza primaria obligatoria de la ZBS Actur Norte a niños de 11-12 años (6º Primaria) en dos de los tres colegios inicialmente y programada para los 3 centros educativos de la zona este año 2019. Los objetivos secundarios se cumplieron al proponer en 2018 a todos los centros escolares, aceptando dos de ellos, en 2019 ambos centros decidieron continuar y el tercer centro iniciar la formación. Los conocimientos adquiridos (Pre-post formación) fue imposible evaluarlos ya que en el CEIP Josefa Amar y Borbón nos comunicaron que habían perdido las encuestas que les dimos pese a nuestra insistencia, en Sagrado Corazón de Jesús nos aportaron únicamente las encuestas Post-Formación, en lecciones aprendidas aportamos ideas para solucionarlo. La satisfacción del personal tanto docente como sanitario ha sido muy alta en todos los aspectos. Ha participado un 95 y 98.1% del alumnado respectivamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Acudieron en CEIP Josefa Amar y Borbón 17 profesores de 20 en total, en Sagrado Corazón de Jesús acudieron 20 profesores de 22.

Al analizar los test post-prueba hemos encontrado:

Preg. 1: ¿Has recibido información de soporte vital básico?: SI en el colegio, algún niño añadía que su padre o madre le habían dado alguna noción al ser médicos.

Preg. 2: Si encuentras a alguien tumbado en el suelo y no responde, ¿Qué deberías comprobar? El 81% responde correctamente a ver si respira, el resto refiere que buscar el pulso, en las practicas no buscamos el pulso en ningún momento por lo que puede ser nociones previas que debemos incidir en corregir en próximas formaciones.

Preg. 3: ¿A qué número llamarías en caso de urgencia? El 90% afirma que el 112 de forma correcta y un 10% el 091.

Preg. 4: Si encuentras a alguien sangrando mucho de un brazo, ¿Qué harías? En esta pregunta el 54% contesta correctamente aunque hay gran diversidad en la respuestas, un 30% afirma que iría cambiando la prenda de presión cuando se llenara de sangre por lo que debemos concretar más este punto a la hora de la realización de la práctica.

Preg. 5: ¿Para qué se usa la maniobra Frente-Mentón? El 75% de las respuestas son correctas.

Preg. 6: Si alguien se atraganta delante de ti y no deja de toser, ¿Qué harías? Pregunta complicada, solo el 4% de respuestas son correctas afirmando que dejarían toser libremente, el 40% ayudaría con palmadas en la espalda, el 55% le oprimiría el abdomen con fuerza y el resto le metería el dedo en la boca para sacar el cuerpo extraño. Esta pregunta deja claro que debemos incidir más en que mientras no se deje de toser debemos simplemente animar a toser libremente.

Preg. 7: ¿En qué situación sería conveniente poner a la persona de lado? El 42% responde correctamente a pesar de la dificultad de la pregunta, aunque el 29% contesta que da igual si el paciente tiene o no pulso o respira ya que en todas se puede usar.

Preg. 8: Respecto a la secuencia correcta de la RCP en un adulto el 57% responde correctamente y el siguiente grupo más numeroso responde 15:5 confundiendo con la secuencia pediátrica y las respiraciones de rescate.

Preg. 9: Antes de iniciar el masaje cardíaco el 46% de los alumnos responde que hay que poner en posición lateral de seguridad para que no se trague la lengua, maniobras populares, pero no correctas que no hemos sabido concretar lo suficiente.

Preg. 10: Un 74% de los casos han entendido que lo primero en un accidente de tráfico es asegurarse de que se está a salvo, el Segundo grupo mayoritario optan por pedir ayudar a los servicios de urgencias.

Hay alumnos que han marcado 3-4 opciones de cada pregunta y otros alumnos que ha marcado todas las respuestas A del test, que han sido tratados como factor de confusión a la hora de analizar los resultados.

Los indicadores planteados:

? Indicadores de estructura:

- N° de profesionales que participan en las sesiones x 100 / n° de profesionales participantes en el programa previstos= 95%

? Indicadores de proceso:

- N° de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 / n° de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico= 66.66%

- N° de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / n° de profesores previstos captar en el año académico= CEIP Josefa Amar y Borbón 85%, Sagrado Corazón de Jesús 90.9%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

- N° de alumnos que participan en la sesión práctica x 100 / n° de alumnos matriculados en 6° de Educación Primaria en el año académico= CEIP Josefa Amar y Borbón 95%, Sagrado Corazón de Jesus 98.1%.
? Indicadores de resultado:
- N° de test preprueba aprobados (> 5/10)/ n° de test preprueba realizados. No tenemos resultados.
- N° de test postprueba aprobados (> 5/10)/ n° de test postprueba realizados= CEIP Josefa Amar y Borbón 100%, Sagrado Corazón de Jesus 100%.
- N° de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas= CEIP Josefa Amar y Borbón 100%, Sagrado Corazón de Jesus 100%.
- N° de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción completadas entre los profesionales sanitarios. No se pasó encuesta en todos los sanitarios que participaron, sino que fue de forma oral en la que expresaron su satisfacción.

Se ha completado los 6 primeros items del cronograma salvo el último con la presentación de resultados del EAP al no disponer de todas las encuestas decidimos esperar, pero ya está programada su realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- En el documento firmado por parte del Centro de Salud y del centro escolar hemos añadido la necesidad e importancia de la realización de las encuestas PRE test y POST test. También lo hemos recordado vía email y en persona.
- Hemos separado las encuestas para poder diferenciarlas fácilmente en caso de confusión.
- Hemos formalizado el proceso en general tras encontrar problemas como que en el CEIP Josefa Amar y Borbón olvidaron convocar a los profesores a la sesión formativa a pesar de tenerla concertada meses antes y perdieron las encuestas.
- El realizar este proyecto nos ha dado fuerza para continuar con el mismo al ver la gran aceptación tanto en profesores como muy especialmente en el alumnado. En el colegio Sagrado Corazón nos consta que tras la realización de este proyecto han comenzado uno por su cuenta con la formación inicial en niños de educación infantil durante los 3 primeros cursos en el colegio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/707 ===== ***

N° de registro: 0707

Título
ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

Autores:
LOPEZ CAMPOS MONICA, CLARES PUNCEL MARIA TERESA, REINAO CEGOÑINO HECTOR, MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA, GARCIA ASCASO IGNACIO, LORENTE RIVEROLA JUAN, MARTINEZ GALLEGUO TEODOSIA, PEREZ MARCO CHRISTINE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SOPORTE VITAL BÁSICO EN LA ESCUELA (RCP)
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares son la 1ª causa de muerte. En España la parada cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte prematura, ocurre una parada cardiaca cada 20 minutos, el 80% en vía pública. La probabilidad de sobrevivir ante una PCR extrahospitalaria, puede aumentar hasta 5 veces, si se inicia la RCP por los testigos. Estar sin circulación reduce la supervivencia hasta un 12% por minuto que pasa sin que haya asistencia. Por ello es imprescindible la educación en maniobras de RCP para la población.
En nuestro país solo el 12% de la población sabe técnicas sobre RCP. Tanto es así, que, si capacitáramos al 20% salvaríamos 100.000 vidas anuales.
La importancia de la enseñanza de RCP ha llevado a la OMS a lanzar su campaña "Kids save lives" que aconseja enseñar en las escuelas RCP y manejo del DEA a todos los niños del mundo empezando a los 12 años.
Primero, se entrena a los maestros y después ellos se transforman en los instructores de sus alumnos.
Hemos unido nuestro proyecto al programa del Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Este programa incluye entre sus objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

1. Promover que los maestros de educación primaria incluyan la enseñanza de RCP y las emergencias.
2. Promover que todos los alumnos de 6º de primaria reciban un curso de SVB.

RESULTADOS ESPERADOS

Introducir la enseñanza de RCP básica en las escuelas de la ZBS Actur Norte a niños de 12 años. Este objetivo se intentará alcanzar completando los objetivos secundarios.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Proponer a todos los centros escolares de nuestra área la participación en el proyecto.
- Aumentar un 50% los conocimientos sobre soporte vital básico en los alumnos de 6º de primaria de los colegios participantes.
- Valorar la satisfacción en el personal sanitario que participa en el proyecto.
- Que participe el 90% del alumnado convocado a la educación en soporte vital básico.
- Introducir el proyecto en la Agenda Comunitaria en la Escuela de nuestro Centro de Salud.

MÉTODO

Se trata de un material multimedia que incluye:

- ? Presentación de diapositivas (power point)
- ? Guía didáctica "Ganando corazones" (pdf)
- ? Vídeos que describen los distintos procedimientos
- ? Juegos interactivos

El programa consistirá en la realización de dos intervenciones:

1ª: Presentación del programa y formación del profesorado. Al finalizar esta primera intervención se pondrá a disposición del equipo docente todo el material multimedia.

2ª: Taller con alumnos y consolidación de habilidades. Se organiza un segundo taller de repaso y práctica con los alumnos.

La parte práctica divide a los participantes en tres estaciones. Cada estación se adiestra en una técnica: masaje cardiaco en el adulto (con muñeco/torso adulto); masaje cardiaco en niño (con muñeco bebé); y otras situaciones (donde se instruye sobre el manejo de la inconsciencia, el atragantamiento y la hemorragia).

Por cada estación se precisará 2 preparadores (Personal sanitario).

PLAN DE COMUNICACIÓN:

- 1.- Presentación del proyecto al resto de miembros del EAP
- 2.- Contacto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa
- 3.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar

INDICADORES

La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el proyecto. Se obtendrán los datos de:

- ? Registro de participantes de cada sesión impartida en el centro escolar
- ? Número de Centros que participan en el proyecto
- ? Cuestionarios preintervención y postintervención
- ? Cuestionario de Evaluación de Satisfacción

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- N° de profesionales que participan en las sesiones x100/n° de profesionales participantes previstos
- N° de colegios de la ZBS captados en el año académico x100/n° de colegios de la ZBS previstos captar
- N° de profesores que participan en el proyecto en el año académico x100/n° de profesores previstos captar
- N° de alumnos que participan en la sesión práctica x100/n° de alumnos matriculados
- N° de test preprueba aprobados (> 5/10)/n° de test realizados.
- N° de test postprueba aprobados (> 5/10)/n° de test realizados.
- N° de sanitarios con satisfacción general >7 sobre 10x100/n° de encuestas completadas

DURACIÓN

Los responsables de la implantación del proyecto será el equipo de pediatría y enfermería y personal en formación.

CRONOGRAMA

- 1.- Constitución de equipo responsable de proyecto dentro del EAP (Enero 2018)
- 2.- Presentación del proyecto al resto de miembros del EAP (Enero 2018)
- 3.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa (Enero 2018)
- 4.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar (Febrero 2018)
- 5.- Desarrollo del programa en los centros interesados (marzo-mayo 2018)
- 6.- Reuniones para la organización y preparación de todos los responsables de los talleres prácticos (Mayo 2018)
- 7.- Reunión del equipo de trabajo para evaluación del proyecto (junio 2018)
- 8.- Presentación de resultados al EAP (junio 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0948

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ELOISA LOZANO ENGUITA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA TAIRA BEGOÑA
GRACIA OLIVAN MARIA MAR
IBAÑEZ CUBERO ELVIRA
RODRIGO PABLO MARIA JESUS
REDONCO CUERPO MARIA VICTORIA
SAURA CAMPOS ASCENSION
SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se reactiva el protocolo Interno de revisión del Carro de Paradas y Cuarto de urgencias para que todo el EAP participe del control, cuidado y mantenimiento activo del sistema de actuación.

Se realiza mediante:

Revisión mensual por 2 MAP y 2 DUE.

Revisión quincenal del aparatarse y material por un miembro del grupo de trabajo.

Reunión bimensual del equipo colaborador del proyecto:

marzo 2018: puesta en común para preparar desarrollo y seguimiento del proyecto.

mayo 2018: revisión de carro de paradas y urgencias, preparación de Auditoria ISO.

Septiembre 2018: reunión para valorar incidencias tras Auditoria Interna ISO.

Noviembre 2018: INCIDENCIA INTERNA (el grupo que le tocaba la revisión mensual, no la realizó).

Enero-febrero 2019: preparación de la memoria del proyecto y conclusiones.

Asimismo, hemos colaborado con Formación y Farmacia del Sector I, para actualizar el Protocolo de Urgencias del Sector.

En Actur Norte se han realizado talleres y/o sesiones periódicas a lo largo de 2018. Fechas:

- 17 junio 2018

- 29 septiembre 2018

- 21 noviembre 2018

Varios profesionales médicos y enfermeros del centro participaron en los cursos de SALUD "Taller de Circuito de activación del Sistema de Urgencias Extrahospitalaria y Gestión de carro de paradas" con códigos Z1-0784/2018 y Z1-0335/2018.

Todo el EAP asistió a la formación sobre RCP impartida en el Centro por Formación Sector I con fecha 22 de mayo de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos cumplido el objetivo de hacer llegar a los profesionales del centro nuestra inquietud por el buen control de Urgencias y estamos satisfechos con la respuesta del EAP en cuanto a su participación y seguimiento.

El equipo responsable del proyecto ha trabajado en las reuniones periódicas indicadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este mes de febrero el equipo responsable está revisando el nuevo "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de parada y maletín del Centro de Salud" unificado para todo el Sector I aprobado el 23/12/2018, para dar a conocer al EAP las novedades y modificaciones que en él aparecen.

Sería interesante seguir con la formación interna y/o externa por parte de los trabajadores del centro, e incluso estamos planteando la preparación de simulacros de actuación urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/948 ===== ***

Nº de registro: 0948

Título

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO 9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR RESPONSABLE Y PROTOCOLO ACTUACION

Autores:

LOZANO ENGUITA ELOISA, ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA, GRACIA OLIVAN MARIA MAR, IBAÑEZ CUBERO ELVIRA, RODRIGO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0948

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

PABLO MARIA JESUS, REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA, SAURA CAMPOS ASCENSION, SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

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: URGENCIAS/EMERGENCIAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Mantener un carro de parada y un maletín de urgencias con los medicamentos y material adecuados para la atención urgente-emergente en el ámbito de la atención primaria, se considera una prioridad para una atención de calidad. El CARRO DE PARADAS debe permitir la utilización rápida de los fármacos necesarios para la resucitación cardiopulmonar (RCP) en sus primeras fases. Por este motivo es IMPORTANTE SU FACIL DISPONIBILIDAD, TANTO POR LA ACCESIBILIDAD A LOS MISMOS COMO POR DISPONER DE ELLOS EN EL NUMERO NECESARIO (no en exceso). Por otra parte, existen una serie de medicamentos que también se consideran fármacos de urgencias vital y que por lo tanto tienen que estar en la sala de urgencias y próximos al carro de paradas, pero no exactamente en el por ejemplo en la vitrina de urgencias En nuestro centro de Salud se ha detectado a través de La Certificación ISO 9001-2008 errores y riesgos potenciales en el mantenimiento del carro de paradas y maletín de urgencias por lo que vemos necesario la realización de un plan de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Disponer de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencia del equipo, consensado por todos los profesionales y en consonancia con las indicaciones básicas establecidas en el Procedimiento del Sector I.
- 2-Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.
- 3.- Creación de un equipo multidisciplinar responsable.
- 4.-Mejorar la seguridad del paciente al elaborar y poner en marcha un programa de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias
- 5.-Plantear la necesidad de de la creación de un protocolo de actuación en caso de Urgencias-Emergencias

MÉTODO

- 1.- Creación de un equipo multidisciplinar responsable
- 2.- Talleres periódicos, bimensuales incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2018 impartidos por los propios profesionales del centro y/ o a través del Portal del Empleado.
- 3.- Puesta en común bimensualmente de las oportunidades de mejor detectadas y soluciones aportadas.
- 4.-Creación de un protocolo de Revisión-Mantenimiento
- 5.-Creación de un protocolo de actuación en caso de Urgencias-Emergencias

INDICADORES

Análisis cualitativo y cuantitativo de las incidencias y no conformidades propuestas en la ISO 9001-2008 en el EAP Actur Norte y resolución de las mismas en consonancia con el proyecto
A destacar en la evaluación:
100%-90% sesiones clínicas, talleres realizados por el equipo respecto a las propuestas
Creación d el equipo multidisciplinar
Establecimiento de un protocolo de Revisión-Mantenimiento

DURACIÓN

2018-noviembre -2018 sesiones clinicas, talleres realizados por el equipo y/o Portal del empleado

Diciembre de 2018: Recogida de datos de las incidencias y no conformidades

Enero de 2019: Evaluación de resultados y propuestas de mejora.

Febrero de 2019: Presentación al equipo de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0948

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0951

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE 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.

ABAD HERNANDEZ DAVID
DELER PASCUAL ANA ISABEL
GALVE ROYO EUGENIO
HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO
LOZANO ENGUITA ELOISA
NUÑEZ OBON MARIA JESUS
SAURA CAMPOS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PRIMERA FASE: ENERO / MAYO 2108

1) Sesión plenaria realizada en el Centro de salud Actur Norte

a) 17/01/2018 "EPOC/TABACO/Proyecto de mejora tabaco" incluido en el plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)

2) Cuatro Talleres de Formación :

a) 24/01/2018 "Correcto Registro en OMI :Indicadores y manejo en tabaco " incluido en el plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)

b) 14/02/2018 "Cuadro de mandos de Crónicos " incluido en el plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)

c) 28/03/2018 "Tabaquismo y formas de Actuación en AP " correspondiente al Plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte perteneciente al plan de Formación Continuada del Sector Zaragoza I (Docente: Eugenio Galve Royo)

d) 30/05/2018 "EPOC/tabaco/proyecto de mejora correspondiente al Plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte perteneciente al plan de Formación Continuada del Sector Zaragoza I (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)

Previo a la realización de los talleres se ha entregado el material para poder tener un mejor aprovechamiento de las mismas y al finalizar recogida de un cuestionario sobre dudas y sugerencias.

SEGUNDA Fase: Mayo-Diciembre 2018:

Realización por dos miembros del equipo Eugenio GALVE ROYO (médico) y María Teresa Clares Puncel (enfermera) el curso del Portal del Empleado del SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD: "CURSO DE FORMACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CONSULTAS ESPECÍFICAS DE DESHABITUACIÓN DEL TABACO EN ATENCIÓN Primaria" del 16/05/2018 al 24/10/2018 con 4 sesiones presenciales 16, 23 y 30 de mayo y 24 de octubre.

Comenzamos 3 reuniones multidisciplinarias, en Mayo, Junio, y Noviembre sobre el diagnóstico y manejo del paciente fumador alternados con exposiciones de casos clínicos.

TERCERA FASE Enero -febrero 2019:

Recogida de datos en OMI/AP -cuadro de mandos para evaluar los siguiente indicadores:

% de pacientes con hábito tabáquico detectados a lo largo de 2018 (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)

% de pacientes con hábito tabáquico que se les ha hecho una intervención (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.) :

100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas :

Sesión plenaria realizada en el Centro de salud Actur Norte

28/02/2019" Presentacion de resultados de los Proyectos de Mejora del Centro de Salud Actur Norte (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA, CARMEN VIÑAS Viamonte, Mónica López Campos Y María Teresa Clares Puncel)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores utilizados han demostrado que hemos superado nuestras expectativas:

a) % de pacientes con hábito tabáquico detectados a lo largo de 2018 (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.) 43,19% (superando tanto el de Aragón 41,60% como el del sector Zaragoza I(38,62%)

b) % de pacientes con hábito que se les ha hecho una intervención 2018 (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.): 71,69%(superando tanto el de Aragón 63,26% como el del sector Zaragoza I 67%)

A destacar en la evaluación:

c) Más 100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas : Como actividades se han realizado 2 sesiones plenarias, 4 talleres y 3 reuniones de Mayo- Noviembre UN TOTAL DE 9 REUNIONES superando las expectativas a decir más del 100% de las propuestas(7 propuestas) : 126% realizadas .

Hay que tener en cuenta que a pesar de haber habido en el equipo una jubilación y dos procesos de traslados la respuesta del centro ha sido muy buena

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La satisfacción personal en una mejora continua de nuestra formación, en un ámbito de la Medicina de Primaria, ha resultado satisfactoria para el Personal Sanitario.

Hemos detectado gracias al aprovechamiento de los talleres y casos clínicos trabajados la existencia de falta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0951

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA

de codificación correcta del hábito tabáquico y su intervención en el Omi-ap (se realizaba en ocasiones sólo el registro a nivel de apuntes); la ausencia de la utilización del cuadro de mandos para el seguimiento; y el desánimo por parte de los profesionales sanitarios ante la falta de tiempo para la intervención tanto breve y sobre todo extensa

Pensamos que nos queda mucho terreno aún por explorar y mejorar en el manejo de la deshabituación y más concretamente para la creación de una consulta Monográfica de Tábaco .Es necesario el apoyo concreto tanto del Equipo de EAP como desde la Dirección de Atención Primaria. No tenemos en el horizonte cercano la posibilidad de creación de esta consulta, a pesar de tener en el centro profesionales motivados. Pensamos que debe ser la Dirección de Atención Primaria junto con el Equipo la que cree un escenario que nos facilite su puesta en marcha sin detrimento o sobrecarga de nuestra actividad diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/951 ===== ***

Nº de registro: 0951

Título
MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Autores:
ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA, DELER PASCUAL ANA ISABEL, ABAD HERNANDEZ DAVID, SAURA CAMPOS ASCENSION, HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO, GALVE ROYO EUGENIO, NUÑEZ OBON MARIA JESUS, LOZANO ENGUITA ELOISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El consumo de tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte. Aproximadamente un 60% de los fumadores quiere dejar de fumar, muchos no saben, DÓNDE pueden pedir ayuda y la mayoría manifiesta, que el consejo médico y de enfermería para dejar de fumar es un importante factor motivador. Cada año más del 70% de la población acude a nuestras consultas y les atendemos de promedio 6 a 7 veces al año, esta situación privilegiada permite intervenciones repetidas. Por todo ello, la intervención desde las consulta de Atención Primaria tiene alta efectividad y posee una de las mejores relaciones coste-efectividad entre todas las actividades preventivas. Según el Plan de Salud de Aragón los profesionales sanitarios, y en especial los de A.P., deben informar sistemáticamente en su práctica habitual sobre el hábito tabáquico, sus consecuencias para la salud, y los procedimientos de deshabituación. En nuestro centro de Salud se han detectado valores bajos en la captación del paciente fumador y en menor medida en la intervención sobre el mismo. Por lo tanto vemos una oportunidad para mejorar y ampliar la formación de los profesionales del Equipo en este campo.

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Mejorar el registro en OMI, en habito tabáquico (si no se hace correctamente no se contabiliza)
2.-Mejorar el conocimiento y manejo de los usuarios fumadores en el ámbito del Centro de Salud.
3.- Mejorar la capacidad organizativa en el manejo del tabaquismo
4.- Ayudar al paciente a desarrollar capacidades para enfrentar y superar obstáculos que se le presenten en la deshabituación tabáquica
5.- Plantear según las necesidades de lo usuarios del Centro la creación de una consulta monografica de Tabaco.
6.-Mejorar la seguridad del paciente al elaborar y poner en marcha un programa de prevención y control del tabaquismo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0951

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA

MÉTODO

- 1.- Sesiones clínicas para mejorar el registro correcto de OMI en detección e intervención en tabaco.
- 2.- Taller de revisión del manejo del Cuadro de Mandos de Crónicos
- 3.- Formación multidisciplinar a través de talleres periódicos mensuales y cursos en tabaquismo incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2018 y/o Portal del empleado.
- 4.- Exposición de casos clínicos concretos mensualmente
- 5.- Según las necesidades detectadas por los usuarios se planteará al año que viene la creación de una consulta monográfica de Tabaco.

INDICADORES

- % de pacientes con habito tabaquito detectados a lo largo de 2018 (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
 - % de pacientes con habito tabaquito detectados a lo largo de 2018 que se les ha hecho una intervención (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
- A destacar en la evaluación:
100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas

DURACIÓN

- 2018-Mayo 2018: Dos sesiones: Una sobre el correcto registro de tabaquismo en OMI y otra para revisar el manejo del Cuadro de mandos de Crónicos
- Mayo de 2018-noviembre -2018: Talleres de Formación mensuales sobre el diagnóstico y manejo del paciente fumador alternados con exposiciones de casos clínicos mensuales
- Diciembre de 2018: Recogida de datos en OMI/AP y % de sesiones realizadas respecto a las propuestas
- Enero de 2019: Evaluación de resultados
- Febrero 2019: Presentación de los resultados al EAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1475

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA CLARES PUNCEL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO GARCIA-REOL SOFIA
MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA
VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN
REINAO CEGOÑINO HECTOR
GARCIA ASCASO IGNACIO
FERNANDEZ SANCHEZ MARIA CARMEN
RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2018 se ha realizado un ciclo completo del programa de acuerdo al siguiente cronograma:
-Enero-Marzo: Formación de un núcleo interdisciplinar estable responsable del proyecto dentro del EAP (cuatro enfermeras, una trabajadora social). En marzo se comunicó y presenta al resto del EAP. El equipo se reúne periódicamente cada mes y medio o según necesidad.
-Abril-Junio: Preparación de los talleres: distribución de las tareas y proyectos. La trabajadora social preparó la sesión de atención sociosanitaria y el resto del equipo preparó las otras sesiones (powerpoint, material didáctico de apoyo etc.)
-Julio-Septiembre: Captación de cuidadores informales interesados en el programa. Las estrategias de difusión empleadas fueron: colocación de carteles informativos distribuidos por el CS y elaboración de folletos de difusión repartidos por salas de espera y consultas. La captación se realizó de manera activa por el EAP (Medicina / Enfermería) con citación en agenda específica ("Salas - grupo CUIDADORES") o en el Servicio de Admisión con P-10.
-Octubre-Diciembre: Desarrollo del programa: cinco sesiones grupales de 1 hora de duración los segundos miércoles de cada mes de 15:30 a 16:30. Al finalizar el ciclo, reunión del equipo de trabajo para evaluación del grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las fuentes de datos para realizar la evaluación fueron:

Fichas de "Registro de Actividades" de cada sesión.

"Cuestionario de Evaluación de Satisfacción".

Se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores:

Indicadores de estructura:

Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos: 100% (estándar 80%)

Indicadores de proceso:

Nº de cuidadores captados en el año x 100 / nº de cuidadores previstos captar en el año: 50% (estándar 50%)

Nº de grupos realizados en el año x 100 / nº de grupos previstos en el año: 50% (estándar 50%)

Nº de cuidadores que acuden al 80% de las sesiones grupales programadas x 100 / nº de cuidadores incluidos en el grupo: 100% (estándar 100%)

Indicadores de resultado:

Nº de cuidadores en los que la satisfacción general con el Programa es de 4-5 en escala Likert x 100 / nº de cuidadores participantes en el grupo: 80% (estándar 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El actual modelo de Atención Primaria centrado en la función asistencial de la misma dificulta el desarrollo de este tipo de actividades. Una de las principales dificultades encontradas, fue la falta de captación por parte del EAP. En contraposición a esto, según queda recogido en las "Encuestas de Satisfacción", para muchos de los cuidadores el taller ha resultado "corto" y hubieran deseado que incluyera más sesiones ya que en él, además de información, han encontrado un espacio de escucha y en el cual compartir sus vivencias.

Este proyecto ha sido posible gracias a la colaboración de residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria y de estudiantes en prácticas de Enfermería. Estos valoran la realización de actividades comunitarias como esta como un aspecto importante dentro de las funciones del EAP y un elemento esencial en su formación.

Como elemento de mejora, consideramos importante no fijar de antemano el horario de los talleres y consensuar este con los participantes en cada ciclo a fin de facilitar la asistencia a los mismos.

Este proyecto ha sido incluido en el Centro de Salud como Activo Comunitario con acceso desde OMI desde enero de 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1475 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1475

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

Nº de registro: 1475

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

Autores:
CLARES PUNCEL MARIA TERESA, MARCO GARCIA-REOL SOFIA, MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA, VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN, REINAO CEGOÑINO HECTOR, GARCIA ASCASO IGNACIO, RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA, FERNANDEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años se ha incrementado notablemente la demanda de cuidados para personas dependientes. Esta tendencia se prevé que se mantendrá durante las próximas décadas debido principalmente al progresivo envejecimiento de la población (asociado a un incremento de las patologías crónicas) y a las mayores tasas de supervivencia de los pacientes con alteraciones congénitas, accidentes y enfermedades graves. En la mayoría de los casos la responsabilidad de los cuidados de estas personas es asumido por una única persona: la persona cuidadora principal. Sin embargo, esta no siempre está preparada con antelación para el cuidado ni para afrontar la diversidad de situaciones que los cuidados conllevan. En este marco de atención a la cronicidad y dependencia se encuadra este proyecto dirigido a cuidadores informales con la finalidad de ayudarles a cuidar y cuidarse mejor.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Cuidadores de familiares dependientes pertenecientes a la ZBS Actur Norte.
Objetivo principal: Capacitar a los cuidadores informales para brindar unos cuidados de calidad a las personas dependientes a su cargo así como mejorar su afrontamiento y calidad de vida.
Objetivos secundarios:
Implementar un programa de apoyo a cuidadores informales de personas dependientes.
Aumentar los conocimientos y habilidades de los cuidadores informales en el manejo de las personas dependientes.
Incrementar la calidad del cuidado a la persona dependiente.
Fomentar el autocuidado del cuidador.
Fomentar la relación terapéutica de los cuidadores informales con el EAP.

MÉTODO

El programa consistirá en la realización de ciclos de 5 sesiones. La metodología empleada en cada sesión será la exposición participativa: partiendo de preguntas abiertas, cada día sobre un tema, se desarrollará un contenido teórico, dejando posteriormente un espacio para la participación y el intercambio de experiencias entre los participantes. Los temas a tratar en cada sesión serán: "Movilización", "Aseo", "Alimentación", "Recursos sociosanitarios (a cargo de la Trabajadora Social del Centro) y "Aprender a cuidarse: pedir ayuda, resolución de problemas y estrategias de comunicación interpersonal".

INDICADORES

La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el Programa con periodicidad anual. Para realizarla se obtendrán los datos de:
Registro de Actividades de cada sesión
Cuestionario de Evaluación de Satisfacción
Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:
Indicadores de estructura:
Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos
Indicadores de proceso:
Nº de cuidadores captados en el año x 100 / nº de cuidadores previstos captar en el año
Nº de grupos realizados en el año x 100 / nº de grupos previstos en el año
Nº de cuidadores que acuden al 80% de las sesiones grupales programadas x 100 / nº de cuidadores incluidos en el grupo
Indicadores de resultado:
Nº de cuidadores en los que la satisfacción general con el Programa es de 4-5 en escala Likert x 100 / nº de cuidadores participantes en el grupo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1475

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

DURACIÓN

Inicio: Enero 2018: Puesta en marcha. Comunicación al EAP 31/01/18.

Fin: Diciembre 2019.

Duración: ciclos de cinco sesiones grupales de 1 hora de duración los segundos miércoles de cada mes de 13:30 a 14:30.

Captación: carteles informativos y captación activa por el EAP (Medicina / Enfermería). Citación en agenda específica ("Salas - grupo CUIDADORES") o en Servicio de Admisión con P-10.

Tras cada ciclo se celebrará una reunión del equipo de trabajo para la evaluación del grupo.

OBSERVACIONES

Planteamos una duración de al menos dos años para facilitar el acceso a este recurso del mayor número de personas. Aunque los grupos son cerrados, la realización cíclica del programa permitirá a los participantes completarlo en caso de no asistencia a alguna de las sesiones.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0566

1. TÍTULO

PROYECTO DE PÁGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO GARCIA ASCASO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ACTUR NORTE
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ CAMPOS MONICA
ABAD HERNANDEZ DAVID
PUEYO GASCON DIEGO
RIPA AISA IRANTZU
RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA
DOMINGUEZ GIMENEZ MARIA DELFINA
FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- REUNIÓN CON COORDINACIÓN DEL CENTRO, propuesta de la idea inicial y aprobación de la misma por su parte: 20/09/2018
- CREACIÓN PÁGINA WEB: 01/10/2018
- REUNIÓN INICIAL PROYECTO, desde coordinación ofrecen posibilidad de incluirlo como Proyecto de Mejora del Centro: 16/10/2018
- PERFECCIONAMIENTO Y DISEÑO DE LA PÁGINA: 10/2018-01/2019
- PRIMERA REUNIÓN DEL EQUIPO RESPONSABLE DEL PROYECTO: 07/02/2019
- CONTACTO CON COLEGIO FARMACÉUTICOS con la intención de facilitar a través de la página un enlace que muestre las farmacias de guardia por orden de proximidad al centro: 14/02/2019
- CONTACTO CON DIRECCIÓN DEL SECTOR, aprueban proyecto y facilitan ordenador formateado para servidor de la app "El Guardiero" de farmacias de guardia: 18/02/2019
- ORDENADOR PARA FARMACIAS, acuden a recogerlo para instalar el programa y lo instalan en admisión del centro: 26/02/2019-02/03/2019
- PRESENTACIÓN DEL PROYECTO AL EAP: 24/04/2019
- COMENTAR CON EL EAP, solicitamos la colaboración del resto de compañeros del centro para poder publicar artículos con más frecuencia al contar con mayor ayuda: 19/06/2019
- PRESENTACIÓN A PACIENTES, promoción a través captación pasiva mediante carteles a color facilitados desde dirección del Sector y activa a través de la consulta y las actividades comunitarias en el centro: Inicio en 07/2019
- CONTACTO CON CONSEJO DE SALUD para hacerles conocedores de la página y solicitar su colaboración en la misma: 14/08/2019
- REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO, para evaluar resultados hasta entonces y planificar mejoras y posibles temas a añadir: (12/09/2019--17/10/2019--14/11/2019--12/12/2019--16/01/2020)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- INDICADOR 1º (Registro de visitas al blog)

La página web cuenta actualmente con 2194 VISITAS desde su creación, siendo la media mensual de 182 desde que se promocionó a los pacientes. También se creo cuenta en la red social Instagram con el fin de dar mayor visibilidad a la página y promocionar desde allí no sólo los artículos que se fueran añadiendo, sino también todas las actividades comunitarias que se realizan en el centro, contando a día de hoy con 72 SEGUIDORES.

- INDICADOR 2º (Número de propuestas, demandas, comunicaciones por parte de los usuarios)

La página web incluye desde hace no mucho con un buzón de sugerencias a través del cual los usuarios podrán ponerse en contacto con los coordinadores del proyecto para poder resolver dudas o compartir su opinión sobre aspectos en los que podamos mejorar, con el fin de que la comunicación centro-pacientes sea bidireccional. Aunque no hemos recibido comentarios a través de él por ser demasiado reciente, hay 10 USUARIOS QUE HAN CONTACTADO CON NOSOTROS a través de mensajes privados en las redes sociales o de la propia sección de comentarios que incluyen los artículos de la página web.

- INDICADOR 3º (Número de publicaciones y actualizaciones del blog)

Hemos publicado por ahora 19 ARTÍCULOS en la página. Además de haber elaborado una página de presentación del centro incluyendo horario, ubicación y formas de ponerse en contacto; una sección de enlaces de interés entre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0566

1. TÍTULO

PROYECTO DE PÁGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

las que se facilita el acceso a las farmacias de guardia o al portal Cita Previa o una carta de presentación del Consejo de Salud de la zona, con quienes nos pusimos en contacto para solicitar su colaboración. También incluimos un calendario en el que añadimos la fecha y horario de las próximas sesiones.

- INDICADOR 4º (Encuesta de satisfacción en el blog para los usuarios)

El proyecto inicial incluía como marcador de resultados una ENCUESTA DE SATISFACCIÓN que desgraciadamente no se encuentra habilitada a día de hoy. Debido a problemas informáticos, las veces que hemos intentado habilitarla se ha perdido la información recogida y no hemos sabido solucionarlo. Tenemos a una compañera trabajando en ello y esperamos poder solucionarlo definitivamente.

No obstante, algunos pacientes nos han dado su opinión de manera informal, tanto a través de los comentarios anteriormente nombrados como presencialmente durante las actividades comunitarias realizadas, demostrando bastante aceptación de la idea y solicitando, por ejemplo, que incluyéramos en el futuro resúmenes de lo dado en esos talleres para tener la información más accesible.

- INDICADOR 5º (Involucración de los profesionales en el proceso)

El resto de profesionales del centro han ido involucrándose de forma paulatina en el proyecto, colaborando de una u otra forma con la página. Aunque inicialmente la colaboración fue menor de la esperada debido al tiempo extra que requiere el colaborar con la página, poco a poco ha habido compañeros que se han animado a participar redactando artículos que pudiéramos publicar, ofreciéndose a colaborar más activamente (diseñando encuesta, buzón de sugerencias...) o simplemente aportando ideas que podríamos añadir para mejorar la página.

En la reunión en la que se pidió colaboración al resto del personal, un 41,67% de compañeros se mostró interesado en la idea. De entre ellos sólo un 40% ha participado a día de hoy.

Debemos señalar como hecho importante que muchos de los que han colaborado son sustitutos, los cuales no se encuentran en estos porcentajes al no ser miembros de la plantilla del centro y tener una disponibilidad variable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En muchas ocasiones, los inicios siempre son difíciles y esa conclusión es la que mejor puede resumir nuestras impresiones. Si bien es cierto que esperábamos una mayor aceptación ya desde el principio, la realidad es que los pacientes que más acuden al centro y han podido enterarse de la existencia de la página son por lo general mayores, y no están familiarizados con el uso de las nuevas tecnologías. Sin embargo, conforme pasaban los meses hemos podido ver una mejoría en los resultados y una buena aceptación entre las personas que sí han acabado por enterarse y navegar por la página, por lo que creemos que en el futuro, cuando hayamos conseguido que se de a conocer más, la página será una herramienta muy útil que podrá facilitar la difusión de información para una mejor educación para la salud.

Otro de los inconvenientes que tuvimos de primeras fue la falta de participación del resto de compañeros. Para poder colaborar con nosotros debían dedicar un tiempo y esfuerzo extra para poder buscar y redactar la información con la que escribir los distintos artículos que compartimos a través de la página. No obstante, con el tiempo conseguimos que varios compañeros fueran involucrándose más, especialmente los sustitutos (tanto de medicina como de enfermería) que al ser personas más jóvenes se desenvuelven más fácilmente con las herramientas informáticas y les resulta más cómodo escribirnos algún artículo, cosa que el equipo de trabajo agradece al ser un personal no estable en el EAP.

También debemos reconocer los fallos cometidos al ser personal sanitario y no conocer en profundidad la informática necesaria para el mantenimiento de este proyecto. El mayor ejemplo es el nombrado anteriormente de la encuesta de satisfacción, por eso en un futuro deberíamos ampliar la formación de los miembros del equipo para ser más resolutivos ante los problemas surgidos e intentar dejar todo bien planteado y con instrucciones claras si en un futuro esta página web sigue adelante y debemos pasar el testigo a nuevos compañeros que vengan al centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/566 ===== ***

Nº de registro: 0566

Título
PROYECTO DE PAGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Autores:
GARCIA ASCASO IGNACIO, RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA, DOMINGUEZ GIMENEZ MARIA DELFINA, ABAD HERNANDEZ DAVID, FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN, LOPEZ CAMPOS MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0566

1. TÍTULO

PROYECTO DE PÁGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la población de zona de salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Acercamiento a población

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cada día más el uso de las nuevas tecnologías es una herramienta fundamental para la comunicación e información de la población, especialmente en determinados sectores. "Las actividades comunitarias son aquellas actividades realizadas en un territorio, que están dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social de la población potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas y demandas o necesidades" En el centro de salud Actur Norte siguiendo esta definición queremos promover una actividad que nos permita difundir actividades sanitarias, potenciando la capacidad de las personas para el abordaje de determinados problemas o necesidades. Por otro lado, queremos facilitar la comunicación con los usuarios ante sus demandas de una forma más activa.

Existen más de 50 millones de blogs, no todos con los mismos criterios o con la fiabilidad necesaria, pretendemos aportar un blog dinámico y basado en la evidencia científica que permita a sus usuarios adquirir conocimientos y criterios fiables y de calidad.

Además, queremos que puedan disponer de información actualizada sobre los recursos disponibles en el barrio del Actur y puedan conocer páginas web de interés a través de enlaces directos proporcionados en el blog, como por ejemplo cita previa o información sobre farmacias de guardia más cercanas.

Si es posible no queremos centrarnos sólo en un blog, creando cuentas en distintas redes sociales para dar más visibilidad a la página. Comenzando en la Red de Salud Pública del Gobierno de Aragón, el Nuevo Portal Digital de recursos en educación para la salud... pretendemos sumar nuestra difusión para la población de nuestro Centro de Salud.

POBLACION DIANA:

Todos los usuarios del centro de salud, incluyendo a la población pediátrica a través de sus responsables.

RESULTADOS ESPERADOS

- Dar visibilidad a las actividades del centro.
- Crear un espacio virtual de contacto con la comunidad donde resolver dudas, proponer actividades, exponer necesidades o demandas. Aumentando la confianza de la comunidad en los profesionales del centro.
- Poner a la disposición de la población herramientas para su cuidado.
- Educación para la Salud fuera de la consulta.

MÉTODO

- INFORMACIÓN DEL EQUIPO: Reunión de todo el equipo para explicar el proyecto y buscar apoyos a la hora de introducir secciones o comunicaciones.
- REALIZACIÓN DEL BLOG: Iniciar la creación del Blog desde cero con diversas secciones (Medicina familiar, pediatría, matrona, enfermería, enlaces de interés, comunicación directa con el centro...)
- PROMOCIÓN DEL BLOG: A través de diversas redes sociales, carteles en el centro de salud, asociaciones del barrio, información directa a través de los profesionales...
- ACTUALIZACIÓN DEL BLOG: Añadir periódicamente información de interés, resolución de demandas de los usuarios, promoción de campañas, oferta de actividades/talleres del centro de salud o de otras instituciones del barrio, información sobre patologías prevalentes en cada momento o de elevada incidencia en nuestro área de salud, nuevos enlaces de interés.

INDICADORES

- Registro de visitas al blog.
- Número de propuestas, demandas, comunicaciones por parte de los usuarios.
- Número de publicaciones y actualizaciones del blog.
- Encuesta de satisfacción en el blog para los usuarios:
 - N° de usuarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción completadas entre los usuarios.
- Involucración de los profesionales en el proceso:
 - N° de profesionales que en la reunión de equipo manifiestan intención de participar en el proyecto x100 / n° de profesionales del centro.
 - N° de profesionales que participan en la realización del blog x 100 /n° de profesionales que mostraron interés en participar en el Blog en la reunión inicial del equipo.

DURACIÓN

- Octubre 2018: Creación de blog.
- Octubre 2018 - Marzo 2019: Perfeccionamiento del blog.
- Febrero 2019: Presentación a la dirección del Sector para su aprobación.
- Febrero 2019: Reunión del equipo responsable de la creación y actualización del blog para establecer criterios de publicación y línea editorial del blog.
- Febrero 2019: Nos ponemos en contacto con Dirección y nos facilitan ordenador para generar link a farmacias de guardia más cercanas proporcionado por el Colegio de farmacéuticos.
- Febrero - Marzo 2019: Reunión de equipo para dar a conocer el blog.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0566

1. TÍTULO

PROYECTO DE PÁGINA WEB INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

- Marzo 2019: Comienzo de difusión activa del blog a la población.
- Junio 2019: Primera evaluación del blog para encontrar áreas de mejora.
- Noviembre- Diciembre 2019: Evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0896

1. TÍTULO

¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS!

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE SOFIA MARCO GARCIA-REOL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REINAO CEGOÑINO HECTOR
SANZ CASORRAN BELEN
MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA
GARCIA ASCASO IGNACIO
VILLUENDAS SOLSONA CARLOS
GARCIA ARENAZ DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El calendario presentado inicialmente se postpuso por cambios de personal en el centro de salud y periodo estival.

El calendario preparatorio fue el siguiente:

24/04/2019: se comunica al equipo del centro de salud la realización de un taller de RCP.

08/11/2019: se convocó una reunión extraordinaria para ofrecerse voluntarios para la colaboración en dicho taller y decidir la fecha del taller.

Calendario de talleres:

El número total de talleres ha sido de dos. Se programó un taller para el 3 de diciembre, pero dada la alta de demanda se realizaron dos talleres el mismo día, uno por la mañana y otro por la tarde. La duración de ambos fue de dos horas, en vez de la hora planteada inicialmente. La primera parte del taller se dedicó a la parte teórica y luego se sucedieron los tres talleres prácticos en las estaciones de RCP adultos, RCP pediatría y atragantamientos y situaciones especiales.

Recursos empleados:

MATERIALES: sala polivalente centro de salud, cañón, ordenador, nueve esterillas, seis muñecos de práctica RCP (adultos y pediatría), gasas no estériles y alcohol.

Formularios pre-post y formulario de satisfacción.

Se realizó una presentación en powerpoint específica para los talleres con contenidos específicos para el taller.

PERSONALES: 9-12 profesionales por sesión (parte teórica + rcp adultos + rcp pediatría + situaciones especiales)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores de estructura:

Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / no de profesionales. Estándar 80%. $4 \times 100 / 12 = 116\%$

Indicadores de proceso:

Nº de grupos realizados en el año x 100 / no de grupos previstos en el año. Estándar 50%.

$(2 \times 100) / 4 = 50\%$

Nº de asistentes que acuden a las sesiones programadas x 100 / no de inscritos.

Número de asistentes (48 personas) / Número de personas inscritas (58) x 100=82,75%.

Indicadores de resultado:

Nº de asistentes en los que la satisfacción general con el Programa es de 9-10.

El Número de asistentes que han calificado el taller de rcp como un 9 ó 10 es el 100%

Nº de cuestionarios de "Adquisición de Conocimientos de SVB" con puntuación igual o superior al 60% de aciertos. Estándar 80%. Resultado 100%.

Se realizó un cuestionario de conocimientos de SVB antes de realizar el taller dando como resultado que más del 60% de los asistentes no obtuvo una puntuación de 6 ó superior. Posteriormente tras realizar el taller se llevó a cabo el mismo cuestionario dando como resultados que el 100% de los asistentes superó la puntuación igual o superior al 60% de aciertos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado en cuanto a consecución de objetivos es bueno, ya que se ha cumplido con el 80% de los estándares, incluso alguno se ha superado.

La satisfacción de los profesionales se manifestó en las reuniones posteriores a las sesiones.

Por parte de los pacientes receptores del taller, los comentarios más repetidos fueron "ha sido un taller muy práctico y ameno" "un tema de interés general" "ojalá se hicieran más talleres similares". Tras terminar los talleres, verbalmente comentaron que les había gustado mucho y que querían más sesiones.

Por el contrario reclamaron alguna documentación básica tipo díptico para facilitar la adquisición de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0896

1. TÍTULO

¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS!

conocimientos y alargar el tiempo de las sesiones.

Una buena estrategia fue hacer los dos talleres el mismo día en horarios distintos, ya que así la organización fue más sencilla.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/896 ===== ***

Nº de registro: 0896

Título
¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS

Autores:
MARCO GARCIA-REOL SOFIA, SANZ CASORRAN BELEN, MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA, GARCIA ASCASO IGNACIO, REINAO CEGOÑINO HECTOR, VILLUENDAS SOLSONA CARLOS, GARCIA ARENAZ DANIEL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La parada cardíaca es una de las principales causas de muerte súbita. En España se producen unas 30.000 paradas cardíacas al año. Actualmente la tasa de supervivencia es de entre el 5 y el 10%, cifra que se podría aumentar, si toda la población fuera capaz de saber actuar ante una situación de tal magnitud. Cada vez más trabajadores de establecimientos públicos, fuerzas de seguridad del estado y hasta niños, son conocedores y capaces de realizar técnicas de reanimación cardiopulmonar. Dada esta situación, se ve la necesidad de formar al mayor número posible de personas en la realización de estas técnicas para poder mejorar la actual tasa de supervivencia.

RESULTADOS ESPERADOS
PRINCIPAL: Enseñar a los asistentes las nociones básicas de RCP.
SECUNDARIOS:
Concienciar a la población de la necesidad de conocer estas prácticas.
Aumentar los conocimientos sobre el manejo de DESA.
Promocionar las actividades comunitarias.

MÉTODO
Se realizarán talleres bimensuales de 60 mins de duración. Los primeros 20 minutos de sesión serán teóricos y se explicarán conceptos de RCP adulto e infantil, atragantamiento y otras situaciones de emergencia. Los 40 minutos restantes se destinarán a la práctica de las técnicas explicadas previamente.

INDICADORES
Fuentes de datos: Formulario de Registro de Actividades (una por sesión). Al inicio se pasará el cuestionario de "conocimientos SVB" y finalizar la sesión se pasarán dos formularios: el mismo que al inicio "conocimientos SVB" y otro "Cuestionario de Evaluación de Satisfacción".
Indicadores de estructura:
Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales. Estándar 80%
Indicadores de proceso:
Nº de grupos realizados en el año x 100 / nº de grupos previstos en el año. Estándar 50%.
Nº de asistentes que acuden a las sesiones programadas x 100 / nº de inscritos. Estándar 80%.
Indicadores de resultado:
Nº de asistentes en los que la satisfacción general con el Programa es de 4-5. Estándar 80%.
Nº de cuestionarios de "Adquisición de Conocimientos de SVB" con puntuación igual o superior al 60% de aciertos. Estándar 80%.

DURACIÓN
Desarrollo del proceso según el siguiente cronograma previsto:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0896

1. TÍTULO

¡NUNCA ES TARDE PARA APRENDER RCP! SALVEMOS VIDAS JUNTOS!

8 abril: reunión de los miembros participantes en el proyecto, preparación presentación al EAP y distribución tareas. Desarrollo de Calendario.

17 abril: sesión de presentación al EAP por parte de los participantes del grupo.

Inicio talleres junio 2019 y los siguientes se realizarán a meses alternos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1042

1. TÍTULO

ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

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.
PUIG GARCIA CARMEN
VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN
FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN
RODRIGO PABLO MARIA JESUS
VALER MARTINEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CRONOGRAMA Y ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Constitución de equipo responsable de proyecto dentro del EAP (5 de febrero 2019)
2. Presentación del proyecto y formación al resto de miembros del EAP (24 de abril 2019)
3. Reuniones con los responsables de los activos externos que incluimos en el proyecto (Directora del Centro de Mayores y responsables del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS)).
4. Desarrollo del programa en el centro (abril a diciembre 2019) con reuniones trimestrales del grupo de trabajo.
5. Dos personas del equipo de mejora imparten curso sobre Agenda comunitaria y Activos comunitarios a profesionales de distintos centros de salud del Sector I (5 de junio de 2019). Se remarcó como utilizar la nueva herramienta de OMI.
6. Recordatorio del proyecto al equipo del centro (19 de junio de 2019)
7. Difusión del taller de niño asmático a otros centros de salud (septiembre 2019)
8. Revisión de proyectos en el equipo (27 de septiembre de 2019)
9. Difusión a todos los coordinadores de EAPs y responsables de enfermería para el taller de cuidadores del sector (3 de diciembre de 2019)
10. Reunión del equipo de trabajo para la evaluación del proyecto (18 de diciembre de 2019)
11. Presentación de resultados al resto del EAP (Prevista en febrero 2020)

Durante el desarrollo del proyecto, algunos de los componentes del grupo han seguido ampliando su formación con cursos sobre Proyectos comunitarios como formador de formadores agenda y recomendación comunitaria (mayo 2019). Curso de Activos para la Salud y estrategia de Atención Comunitaria (mayo 2019). Promoción de la Salud en la Escuela (noviembre 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto pretendía comenzar en el centro de salud Actur Norte la recomendación de activos comunitarios para fortalecer la habilidad de las personas para mantener o mejorar la salud en el ámbito de las personas mayores, cuidadores de enfermos crónicos y familias con niños asmáticos.
Son 9 los pacientes que durante este año se ha realizado la recomendación de un activo vía OMI con el procedimiento estándar preparado para la derivación. Hemos mejorado el acceso de la población diana a los recursos ofertados con un gran grado de satisfacción de los usuarios, pero con poco alcance por el momento. Hemos conseguido los objetivos de los proyectos como activos comunitarios para nuestro centro.
En el objetivo de incorporar al equipo de atención primaria en la actividad comunitaria del centro, en los 9 pacientes encontramos 5 CIAS distintos de los 11 médicos del centro.
En las distintas reuniones con el equipo hubo compañeros que empezaron a mostrar interés sobre este tipo de actividades al ver la protocolización realizada en OMI y el apoyo creciente en este tipo de iniciativas por parte del equipo y de la dirección. En estas reuniones pudimos difundir los activos del centro de salud, así mismo enviamos documentación escrita de los mismos a los distintos centros de salud cercanos para dar promoción a los activos.
Para llevar el proyecto inicialmente se realizó una sesión en el equipo para facilitar el conocimiento del grupo que existía de Atención Comunitaria en el centro por si alguien quería incorporarse.
Se realizaron posteriormente varias sesiones para coordinar por parte del grupo la decisión de decidir que 3 activos se iban a recomendar en el Actur Norte a lo largo del año 2019, finalmente el grupo decidió aumentar el número de activos a 5:
- Taller del niño asmático
- Taller del cuidador
- Centro de Mayores Río Ebro
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS)
- Servicio de Promoción de la Autonomía Personal PAP Hogar de Mayores de Balsas.

Una vez decididos se comenzó a la difusión en todos los profesionales del centro de la dinámica de recomendación de activos de comunitaria, incluyendo la formación de los mismos en OMI. Por otra parte, comenzamos la difusión en los Centros de Salud próximos a nuestra zona de los talleres que se llevan a cabo en nuestro Centro, enviando información escrita sobre los mismos.
En la evaluación del proyecto hemos contactado con Informática del sector para obtener los datos de los pacientes introducidos en OMI con una recomendación, evaluando que todos los pacientes del proyecto Niños Asmático no fueron introducidos por esta vía ya que fueron captados previamente, hecho a mejorar en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1042

1. TÍTULO

ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

próximo proyecto. No se completaron correctamente los cuestionarios preintervención y postintervención en los profesionales del centro, pero sí que se evaluó la satisfacción de 6 de los usuarios participantes de forma muy positiva.

El resultado de los indicadores analizados:

- N° de usuarios de la ZBS captados en el año 2019 x 100 / n° de usuarios de la ZBS previstos captar en el año 2019 = 40.9%
 - N° de profesionales que aceptan participar en el proyecto en el año 2019 x 100 / n° de profesionales previstos captar en el año académico = 55.5%
 - N° de pacientes que participan en el activo recomendado x 100 / n° de pacientes a los que se les ha hecho una recomendación activa= No analizable al no tener la respuesta de los activos sobre participación.
- Indicadores de resultado:
- N° de profesionales en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción en las profesionales completadas = 100%
 - N° de sanitarios que acceden a participar en el proyecto x 100 / n° sanitarios del centro = 100%
 - N° de centros de salud que acceden a participar en la recomendación de los talleres realizados en Actur Norte/ n° de centros de salud visitados para la difusión de los talleres = 0% (Pese a la difusión ningún otro centro ha enviado pacientes)
 - N° de pacientes de otras áreas de salud que acuden al Actur Norte para la realización de los talleres/ n° de pacientes derivados al centro desde otros centros de salud = 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pese al entusiasmo y ganas de trabajar el equipo de comunitaria del centro hemos tenido dificultades a la hora de obtener colaboración por los distintos profesionales del centro para la recomendación de los activos. Y ningún profesional de otros centros derivó pacientes a nuestros activos por lo que es un punto a seguir trabajando en el futuro.

Uno de los activos más recomendados es el Taller del niño asmático, pero en este año no han sido introducidos los niños en este protocolo por haber sufrido una captación previa por lo que no han podido ser evaluados. Estamos seguros de que con formación y difusión, los distintos activos puede ser una herramienta muy útil en los centros de salud, aunque hay que seguir motivando a los compañeros para la realización de recomendaciones comunitarias de forma activa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1042 ===== ***

N° de registro: 1042

Título
ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Autores:
LOPEZ CAMPOS MONICA, PUIG GARCIA CARMEN, VIÑAS VIAMONTE CARMEN, FERNANDEZ SANCHEZ CARMEN, RODRIGO PABLO MARIA JESUS

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: Activos de salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un activo para la salud se puede definir como "Cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud" (Morgan y Ziglio, 2007).

Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas para mantener o mejorar la salud física-psíquica y/o social.

En atención primaria en las consultas se puede hacer un abordaje biopsicosocial contextualizado incorporando la perspectiva de equidad y la recomendación individual de activos comunitarios.

Así pues, los activos para la salud pueden servirnos para reorientar nuestra práctica profesional en todos los niveles de actuación del centro de salud: consultas individuales, forma de prestar el servicio sanitario,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1042

1. TÍTULO

ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

grupos de educación para la salud o proyectos de salud comunitaria en los que participemos.

RESULTADOS ESPERADOS

PRINCIPAL: Fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud en el ámbito de las personas mayores, cuidadores de enfermos crónicos y familias con niños asmáticos.

SECUNDARIOS

- Mejorar el acceso de la población diana a los recursos ofertados.
- Obtener un alto grado de satisfacción en los usuarios.
- Conseguir los objetivos propios de los proyectos referidos como activos comunitarios para nuestro centro.
- Incorporar al equipo de atención primaria en la actividad comunitaria.
- Mejorar la satisfacción del personal del centro en relación a las actividades comunitarias.
- Difundir los activos que se llevan a cabo en nuestro centro a otros centros sanitarios.

POBLACIÓN DIANA

Pacientes entre 0 y 14 años, los pacientes jubilados y los cuidadores de enfermos crónicos

MÉTODO

- Medios informáticos para la difusión de los activos en nuestro centro y en otros centros.
 - Utilización del OMI para la recomendación activa de los activos.
- Utilizando estos medios el proyecto consistirá en:
- La definición de los 3 activos que vamos a recomendar en el Actur Norte a lo largo del año 2019.
 - o Taller del niño asmático
 - o Taller del cuidador
 - o Centro de Mayores Río Ebro.
 - La difusión en todos los profesionales del centro de la dinámica de recomendación de activos de comunitaria, incluyendo la formación de los mismos en OMI.
 - La difusión en los Centros de Salud próximos a nuestra zona de los talleres que se llevan a cabo en nuestro Centro. (Que ya han sido previamente actualizados en el mapa de activos).
 - Evaluaciones de la realización correcta del proyecto.

INDICADORES

La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el proyecto. Para realizarla se obtendrán los datos de:

- Registro de usuarios introducidos en OMI que hayan recibido una recomendación
- Cuestionarios preintervención y postintervención de los profesionales
- Evaluación de la satisfacción de los usuarios que hayan participado.

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- Indicadores de proceso:
 - N° de usuarios de la ZBS captados en el año 2019 x 100 / n° de usuarios de la ZBS previstos captar en 2019
 - N° de profesionales que aceptan participar en el proyecto en el año 2019 x 100 / n° de profesionales previstos captar en el año académico
 - N° de pacientes que participan en el activo recomendado x 100 / n° de pacientes a los que se les ha hecho una recomendación activa
- Indicadores de resultado:
 - N° de test preprueba aprobados (> 5/10)/ n° de test preprueba realizados.
 - N° de test postprueba aprobados (> 5/10)/ n° de test postprueba realizados.
 - N° de profesionales en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción en los profesionales completadas.
 - N° de sanitarios que acceden a participar en el proyecto x 100 / n° sanitarios.
 - N° de centros de salud que acceden a participar en la recomendación de los talleres realizados en Actur Norte/ n° de centros de salud visitados para la difusión de los talleres.
 - N° de pacientes de otras áreas de salud que acuden al Actur Norte para la realización de los talleres/ n° de pacientes derivados al centro desde otros centros de salud.

DURACIÓN

1. Constitución de equipo responsable de proyecto dentro del EAP (Febrero 2019)
2. Presentación del proyecto y formación al resto de miembros del EAP (27 de Febrero 2019)
3. Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa (Marzo 2019)
5. Desarrollo del programa en el centro (Marzo a Diciembre 2019)
6. Reunión del equipo de trabajo para la evaluación del proyecto (junio y diciembre 2019)
7. Presentación de resultados al resto del EAP (Febrero 2020)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1042

1. TÍTULO

ACTIVOS COMUNITARIOS EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1065

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO(PCC) EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE 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.
GRACIA OLIVAN MARIA
DELER PASCUAL ANA ISABEL
ABAD HERNANDEZ DAVID
HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO
FERRER CAMEO ANTONIO
IBÁÑEZ CUBERO ELVIRA
SAURA CAMPOS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PRIMERA FASE: FEBRERO/ MAYO 2109

- 1) Participación de dos cupos (uno de horario mañana y otro de tarde) en el proyecto Chrodis-Plus: "Multimorbilidad y polimedición :mejora de la prescripción en Atención Primaria. Actividad financiada por el FIS" Instituto de salud Carlos III, cofinanciado con fondos Feder)
- 2) Realización del curso online "la implementación del Modelo Integrado de Atención a la Multimorbilidad de Chrodis+ " en la plataforma MultiPAP.
- 3) 14/02/2019 Reunión de enfermería en el Centro de salud Actur Norte con la presentación del proyecto de mejora PCC
- 4) 29/04/2019 Sesión plenaria realizada en el Centro de salud Actur Norte con la presentación del proyecto PCC
- 5) Cuatro talleres multidisciplinares de Formación :
 - a) 24/01/2019 "Correcto Registro en OMI :Indicadores y manejo en PCC"
 - b) 14/02/2019 "Cuadro de mandos de Crónicos "
 - c) 28/03/2019 "PCC y formas de Actuación en AP "
 - d) 30/05/2019 "Recordatorio proyecto de mejora PCC "

Previo a la realización de los talleres se ha entregado el material para poder tener un mejor aprovechamiento de las mismas y al finalizar recogida de un cuestionario sobre dudas y sugerencias.

6) MAYO 2019 dos reuniones sobre la implantación y desarrollo del proyecto Chrodis-Plus en el Centro de Salud Actur Norte .Una con representantes del departamento del Salud y 19/06/2019 con investigadores del ISCIII para valoración y seguimiento de nuestra implementación del PCC en Omi-AP. A destacar el agradecimiento por parte de ellos "...vuestra excelente labor..."

SEGUNDA Fase: junio 2019 -diciembre 2020:

- 1) 19/06/2019 Sesión plenaria realizada en el Centro de salud Actur Norte con la presentación de la evolución proyecto PCC
- 2) 20/06/2019 Sesión Clínica Sobre PCC y Activos Comunitarios incluido en el plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte
- 3) Comenzamos 3 reuniones multidisciplinares, en Mayo, Junio, y Noviembre sobre el diagnóstico y manejo del PCC alternados con exposiciones de casos clínicos. Hay que tener en cuenta que a pesar de haber habido un proceso de traslado la respuesta del centro ha sido buena
- 4) 26/09/2019 Sesión plenaria realizada en el Centro de salud Actur Norte con la presentación de la evolución proyecto PCC
- 5) Dos talleres de cuidadores: 10/12/19 y 17/12/2019 en estas sesiones se invitaron a trabajadores e nuestras residencias
- 6) 19/12/2019 Reunión de enfermería en el Centro de salud Actur Norte con la presentación del proyecto de mejora PCC

TERCERA FASE Enero - 2020:

- 1) 3 talleres de cuidadores :08/01/2020;14/01/2020 y 21/01/2020 en estas sesiones se invitaron a trabajadores e nuestras residencias
- 2) 2ª quincena de enero continuamos con las acciones de implantación del proyecto Chrodis-Plus realizando el cuestionario PACIC, orientado a la satisfacción de los pacientes.
- 3) Recogida de datos en OMI/AP atraves e la gerencia el sector
% de pacientes PCC a lo largo de 2019 (Explotacion dedatos/ codificación en OMI/AP.)
% de pacientes PCC que se les ha hecho una intervención (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.),
A destacar en la evaluación:
100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas :Más del 100% de las propuestas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre nuestros objetivos

- 1.-Mejorar el registro en OMI, en el Paciente Crónico Complejo(PCC) (si no se hace correctamente no se contabiliza)
- 2.- Mejorar la capacidad organizativa del PCC
- 3.-Mejorar la seguridad del PCC

Los indicadores utilizados han demostrado que hemos superado nuestras expectativas

- a) % de pacientes PCC a lo largo de 2019 (Explotacion dedatos/ codificación en OMI/AP.)un 28,7%
- b) % de pacientes PCC que se les ha hecho una intervención (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.):

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1065

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO(PCC) EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

un 20,5%
A destacar en la evaluación:
c) 100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas : Como actividades se han realizado 3 sesiones plenarias,9 talleres: (4 talleres multidisciplinarios para el equipo y 5 para cuidadores), y 3 reuniones de Mayo-Noviembre UN TOTAL DE 15 REUNIONES superando las expectativas a decir más del 100% de las propuestas(7 propuestas) : 214% realizadas .
NO hemos tenido en cuenta aquellas en las que estaban implicado el proyecto Chrodis-Plus o sólo estaba presente el equipo de enfermería
Hay que tener en cuenta que a pesar de haber habido en el equipo una jubilación y traslados de enfermería y medicina la respuesta del centro ha sido muy buena

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La satisfacción personal en una mejora continua de nuestra formación en un ámbito de la Medicina de Primaria ha resultado satisfactoria para el Personal Sanitario.
Hemos detectado gracias al aprovechamiento de los talleres y casos clínicos trabajados la existencia de falta de codificación correcta del Paciente Crónico Complejo(PCC) y su intervención en el Omi-ap (se realizaba en ocasiones sólo el registro a nivel de apuntes); La ausencia de la utilización del código PCC para el seguimiento; y el desánimo por parte de los profesionales sanitarios ante la falta de tiempo para la intervención

Pensamos que nos queda mucho terreno aún por explorar y mejorar en el manejo del PCC .ES necesario el apoyo concreto tanto del Equipo de EAP como desde la Dirección de Atención Primaria. Tenemos en el horizonte cercano la participación por parte de dos médicos del Equipo en "el ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO POR CONGLOMERADOS MULTIPAP PLUS en ancianos jóvenes con multimorbilidad y polimedicación para mejorar la prescripción en Atención Primaria " PROYECTO FIS DEL INSTITUTO CARLOS III.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1065 ===== ***

Nº de registro: 1065

Título
MEJORA EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
ABADIA TAIRA BEGOÑA, SAURA CAMPOS ASCENSION, LOZANO ENGUITA ELOISA, ABAD HERNANDEZ DAVID, DE PEDRO PICAZO BELEN, FERRER CAMEO ANTONIO, HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO, DELER PASCUAL ANA ISABEL

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: PCC MULTIMORBILIDAD
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD EN EL MANEJO DEL PCC

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La esperanza de vida en los países desarrollados alcanza ya los 80 años y cada vez son más las personas que conviven con diversas enfermedades crónicas y tratamientos farmacológicos complejos.
La multimorbilidad, es decir, la coexistencia de diversas enfermedades crónicas en un mismo individuo puede considerarse hoy la forma más frecuente de presentación de enfermedades crónicas. Este problema está presente en la gran mayoría de la población anciana, en aproximadamente la mitad de los adultos, y en uno de cada diez jóvenes. La multimorbilidad tiene múltiples consecuencias negativas para la salud de los pacientes y para los propios sistemas sanitarios. Entre ellas se han descrito la disminución de la calidad de vida y de la capacidad funcional, el incremento de interacciones y reacciones adversas a medicamentos y el uso inadecuado de servicios y recursos sanitarios, costes de la atención y mortalidad. Estos resultados negativos son, en buena parte, atribuibles al modelo de atención sanitaria actual, organizado y diseñado esencialmente para pacientes con enfermedades aisladas, a la insuficiente formación de los profesionales para atender esta realidad y a la escasez de evidencia científica al respecto.
Por ejemplo, sabemos que cuando se cumplen estrictamente las recomendaciones de las distintas Guías de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1065

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO(PCC) EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Práctica Clínica (GPC) en un mismo paciente, aumenta considerablemente la probabilidad de polimedicación. Para cumplir con los objetivos del Programa de Atención al Paciente Crónico Complejo (PCC) los profesionales sanitarios y en especial los de A.P., debemos en nuestra práctica habitual en estos pacientes tan vulnerables, ofrecer que la información fluya para conseguir ofertar una asistencia de calidad y centrada en el paciente. En nuestro centro de Salud se han detectado valores bajos en el registro del Paciente Crónico Complejo y en menor medida, en la intervención sobre el mismo. Por lo tanto, vemos una oportunidad para mejorar y ampliar la formación de los profesionales del Equipo en este campo

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Mejorar el registro en OMI, en el Paciente Crónico Complejo(PCC) (si no se hace correctamente no se contabiliza)
- 2.- Mejorar la capacidad organizativa del PCC
- 3.-Mejorar la seguridad del PCC

MÉTODO

- 1.- Sesión clínica plenaria en el Centro de Salud para la presentación del proyecto de mejora PCC
- 2.- Sesión clínica para mejorar el registro correcto de OMI-AP en detección e intervención en PCC
- 3.- Taller de revisión del manejo del Cuadro de Mandos de Crónicos
- 4.-Formación multidisciplinar a través de talleres periódicos trimestrales en PCC incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2019
- 5.- Exposición de casos clínicos concretos bimensualmente

INDICADORES

- % de pacientes PCC a lo largo de 2019 (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.)
- % de pacientes PCC que se les ha hecho una intervención (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.)

A destacar en la evaluación:

100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas

DURACIÓN

- 2019-Mayo 2019: Tres sesiones: Una presentación del proyecto al equipo y otra sobre el correcto registro de PCC en OMI -AP y otra para revisar el manejo del Cuadro de mandos de Crónicos
- Junio 2019-noviembre 2019: Talleres de Formación trimestrales en PCC y exposición de casos
- Diciembre de 2018: Recogida de datos en OMI/AP y % de sesiones realizadas respecto a las propuestas
- Enero 2019- Evaluación de resultados
- Febrero 2019: Presentación de los resultados al EAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1084

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA GARRALON ORTEGA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA MOLINA MARIA JOSE
RODRIGO PABLO MARIA JESUS
DE ECHAVE ESTEBAN ANGELES
FERRER CAMEO ANTONIO
CLARACO MARIEL SILVIA
LEZCANO URIEL JUDITH
MORTE TRAIN YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Sesión clínica en el EAP para presentar el proyecto. FEBRERO 2019
- Identificación de los pacientes a los que no fueron entregadas sus cartas. ABRIL 2019
- Se comunica al Equipo el desarrollo de proyecto y las distintas actuaciones que se van a llevar a cabo. MAYO 2019
- Cuantificación del número de pacientes totales que están dentro del programa. ABRIL 2019
- Llamada activa desde el servicio de admisión del centro y localización de pacientes por vía telefónica. Si el teléfono tenía grabación de mensaje, se le dejaba un audio indicando que se pusiera en contacto con el centro de salud. Si no se podía localizar, se ponía un "flash administrativo" para que cualquier persona del EAP pudiera avisarle en caso de acudir al centro. ABRIL- MAYO 2019
- Sesión clínica en el EAP para presentar evolución de los proyectos de mejora. JUNIO 2019
- Reunión de equipo y presentación de seguimiento. SEPTIEMBRE 2019.
- Identificar a los pacientes que en la primera llamada activa no pudimos localizar e intentar contactar con ellos de nuevo. Esta labor fue realizada conjuntamente por DUEs y administrativos del equipo de mejora. DICIEMBRE 2019-ENERO 2020. En esta revisión, todavía se han localizado: 2 personas que tenían interés en realizar los controles CCCR, una que indica su negativa al cribado y otra persona que se lo pensará.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de pacientes avisados por carta:
El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón, puso en marcha el Programa de detección precoz del cáncer de colon y recto en el C.S. Actur Norte, enviando cartas nominativas entre el 26/10/2018 y el 18/01/2019 a un total de 2494 pacientes.
- N° de pacientes que su carta fue devuelta:
Con fecha 25/03/2019, desde la unidad de control PDPCCR-Aragón, remitieron al servicio de admisión del centro un informe detallado de pacientes a los que se les había enviado carta de invitación para participar en el programa de cribado y dicha carta había sido devuelta. El N° de pacientes que su carta fue devuelta fue de 31.
- % de pacientes que la carta no fue recibida: n° de pacientes que su carta fue devuelta / n° pacientes avisados por carta x 100
Según los datos recogidos supone: 31/ 2494 x100= 1.24%
- % de pacientes que se les pudo localizar vía telefónica: n° de pacientes que se les contactó vía telefónica / n° de pacientes que su carta fue devuelta x100:
Después de todos los intentos realizados, se ha contactado con 12 usuarios. Esto supone: 12/31x100= 38.71%
- % de pacientes que acudieron al centro de salud para realizarse la prueba de SOH tras contactar con ellos: n° de pacientes que acudieron al centro para realizarse la prueba / n° de pacientes que se contactó vía telefónica x100.
Resultado: 10/12x100= 83.33 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la importancia que tiene la detección precoz del cáncer colorrectal en la población comprendida entre los x años y x años, creemos que hemos obtenido unos buenos resultados en los porcentajes de pacientes que finalmente fueron captados tras su búsqueda activa, quedando solo sin localizar la mitad de pacientes y de los captados solo 3 no se realizaron la prueba. De esta manera, hemos conseguido descartar la enfermedad y si la hubiese, poder actuar de una manera mas rápida y eficaz a un mayor número de pacientes que de otra manera se hubieran perdido. El fallo del sistema es tener actualizado los datos de los pacientes para una correcta campaña y poder acceder a todos ellos sin que por este motivo se vean excluidos. Proponemos como idea para futuros proyectos el poder analizar los porcentajes de pacientes cuyo resultado en la prueba fue positivo y se halló patologías precancerosas relevantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1084

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1084 ===== ***

Nº de registro: 1084

Título
MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Autores:
GARRALON ORTEGA CRISTINA, GRACIA MOLINA MARIA JOSE, RODRIGO PABLO MARIA JESUS, DE ECHAVE ESTEBAN ANGELES, FERRER CAMEO ANTONIO, CLARACO MARIEL SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la importancia que tiene la detección precoz del cáncer colorrectal se activó un protocolo para la realización de un cribado mediante una prueba de sangre oculta en heces (SOH) en pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 69 años. Para la captación de estos pacientes se envió una carta a su domicilio desde servicios centrales. Pero hubo pacientes que estando dentro del programa no se pudo localizar mediante carta, ya que fueron devueltas por diversas razones. Desde servicios centrales nos mandaron el listado de estos pacientes a los que buscamos activamente mediante llamada telefónica desde el centro de admisión de nuestro centro de salud Actur Norte.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Captación de estos pacientes a los que no se pudo localizar por carta y ofrecerles la posibilidad de entrar en el programa.
2. Mejorar la captación de pacientes en programas de salud.
3. Llegar a la máxima población posible.
4. Cuantificar la captación de los pacientes que tras esta mejora han acudido al centro de salud a realizar la prueba de SOH.

MÉTODO

- Identificación de los pacientes a los que no fueron entregadas sus cartas.
- Cuantificación del número de pacientes totales que están dentro del programa.
- Llamada activa desde el centro de admisión y localización de pacientes por vía telefónica.
- Sesión clínica en el EAP para presentar el proyecto.
- Identificar a los pacientes que en la primera llamada activa no pudimos localizar e intentar localizarlos de nuevo.
- Evaluación de resultados.

INDICADORES

- Número de pacientes que se les avisó por carta.
- Número de pacientes que su carta fue devuelta.
- Porcentaje de pacientes que la carta no fue enviada.
- Porcentaje de pacientes que se les pudo localizar vía telefónica.
- Porcentaje de pacientes que acudieron al centro para realizarse la prueba de SOH tras contactar con ellos.

DURACIÓN

- Identificación de los pacientes a los que no fueron entregadas sus cartas. (ABRIL 2019)
- Cuantificación del número de pacientes totales que están dentro del programa. (ABRIL 2019)
- Llamada activa desde el centro de admisión y localización de pacientes por vía telefónica. (ABRIL-MAYO 2019)
- Sesión clínica en el EAP para presentar el proyecto. (MAYO 2019)
- Identificar a los pacientes que en la primera llamada activa no pudimos localizar e intentar localizarlos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1084

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CAPTACION DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

de nuevo. (SEPTIEMBRE 2019)
- Evaluación de resultados. (DICIEMBRE 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1414

1. TÍTULO

TENGO DIABETES TIPO 2, ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA CLARES PUNCEL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRALON ORTEGA CRISTINA
ABAD HERNANDEZ DAVID
SALAS SIMON AMPARO
SANZ CASORRAN BELEN
REINAO CEGOÑINO HECTOR
DELER PASCUAL ANA ISABEL
MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2019 se realizó un ciclo completo del programa de acuerdo al siguiente cronograma:
-Enero-Marzo: Formación de un núcleo multidisciplinar estable responsable del proyecto dentro del EAP. Este equipo se reunió periódicamente cada mes y medio o según necesidad. En marzo se comunicó y presentó al resto del EAP.
-Abril-Junio: Preparación de los talleres: distribución de las tareas y proyectos. La administrativa del equipo preparó todos los formularios necesarios para el programa y el resto del equipo elaboró el material necesario para las sesiones (powerpoint, material didáctico de apoyo etc.)
-Julio-Septiembre: Captación de pacientes. La captación se realizó de manera activa por el EAP (Medicina / Enfermería) con citación en agenda específica ("Salas - grupo DIABETES") o en el Servicio de Admisión con P-10. Para el registro de los pacientes captados se emplearon los formularios de "COMPROMISO DE ASISTENCIA" cumplimentados conjuntamente entre el paciente y el profesional. Se captaron entre dos y cuatro pacientes de cada cupo.
-Octubre-Diciembre: Desarrollo del programa: cuatro sesiones grupales de una hora y media de duración los miércoles de noviembre de 15:30 a 17:00. La intervención fue registrada en OMI-AP como actividad de enfermería en cada uno de los pacientes que participaron en el grupo mediante el campo de educación grupal. Al finalizar el ciclo, el equipo de trabajo se reunió para evaluar el grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las fuentes de datos para realizar la evaluación fueron:

Fichas de "Registro de Actividades" de cada sesión
"Cuestionario de Evaluación de Satisfacción", al finalizar el ciclo
"Cuestionario ECODI modificado", pre y postintervención
Hoja excell de registro de datos clínicos de los participantes
Se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores:

Indicadores de estructura:

Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos:90% (estándar 80%)

Indicadores de proceso:

Nº de participantes captados en el año x 100 / nº de participantes previstos captar en el año:100% (estándar 50%)

Nº de grupos realizados en el año x 100 / nº de grupos previstos en el año:100% (estándar 50%)

Nº de participantes que acuden al 80% de las sesiones grupales programadas x 100 / nº de participantes incluidos en el grupo:100% (estándar 100%)

Indicadores de resultado:

Nº de participantes en los que la satisfacción general con el programa es de 4-5 en escala Likert x 100 / nº de participantes en el grupo:100% (estándar 80%)

Nº de participantes en los que los conocimientos en diabetes aumentan 20% x 100 / nº de participantes en el grupo:90% (estándar 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los indicadores de resultado anteriores, podemos concluir que la educación grupal en diabetes ha demostrado ser una herramienta muy útil para conseguir motivar y capacitar a pacientes y familiares en la gestión eficaz de su enfermedad. En los próximos meses esperamos obtener información actualizada sobre la HbA1c de todos los participantes para poder evaluar el impacto del taller en el control de la misma. Como elemento de mejora, consideramos importante incluir en el formulario de "Compromiso de asistencia" el tratamiento farmacológico para la DM con el fin de abordar de manera focalizada el taller sobre medicación. Por último, reseñar que este proyecto ha sido posible gracias a la colaboración activa de residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria y de estudiantes en prácticas de Enfermería.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1414

1. TÍTULO

TENGO DIABETES TIPO 2, ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1414 ===== ***

Nº de registro: 1414

Título
TENGO DIABETES TIPO 2, ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL

Autores:
CLARES PUNCEL MARIA TERESA, MARTINEZ GALLEG0 TEODOSIA, GARRALON ORTEGA CRISTINA, ABAD HERNANDEZ DAVID, SALAS SIMON AMPARO, SANZ CASORRAN BELEN, REINAO CEGOÑINO HECTOR, DELER PASCUAL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus (DM) está considerada como uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. Impulsada por la obesidad y los estilos de vida poco saludables, la diabetes conlleva una elevada carga de enfermedad, derivada de su prevalencia, de sus complicaciones y de la multimorbilidad asociada. En España el estudio Di@bet.es publicado en 2012 recoge una prevalencia de diabetes del 13,8%, con un 6,0% de diabetes desconocida. En Aragón, para ese mismo año el análisis de los datos obtenidos de la historia clínica de atención primaria muestra una prevalencia del 7,2%. Además, la diabetes tiene un elevado impacto económico y social. Por estos motivos, la prevención y control de la diabetes representan una verdadera prioridad para profesionales, servicios sanitarios y pacientes. La educación grupal ha demostrado ser una herramienta fundamental para conseguir motivar y capacitar a pacientes y familiares en la gestión eficaz de la diabetes mellitus.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:
Mejorar la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus 2 y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad (empoderamiento).
Objetivos específicos:
Mejorar el control metabólico (reducción HbA1c).
Mejorar control de FRCV: TA, HLP, IMC y tabaquismo.
Mejorar el autocuidado y control de la enfermedad: cuidado del pie diabético y manejo de la medicación.
Disminuir la incidencia de complicaciones.
Población diana:
Pacientes mayores de 18 años con DMT2 adscritos a la ZBS de Actur Norte que cumplan los siguientes criterios de inclusión:
Capacidad suficiente de aprendizaje.
Mal control metabólico (HbA1c > 7%).
Haber recibido previamente educación individual.
No haber recibido educación grupal en los 2 años anteriores.

MÉTODO
El programa consistirá en la realización de ciclos de 4 sesiones. La metodología será activa-participativa: partiendo de preguntas abiertas, cada día sobre un tema, se desarrollará un contenido teórico con apoyo de material audiovisual, dejando posteriormente un espacio para la participación y desarrollo de dinámicas grupales. Los temas a tratar en cada sesión serán: "Conceptos generales de diabetes ", "Ejercicio", "Alimentación", "Autocuidados: autocontrol, autoanálisis, cuidados del pie y complicaciones y situaciones especiales". Los grupos serán lo más homogéneos posibles y estarán compuestos por un mínimo de 7 personas si vienen solos y un máximo de 15-20 si acuden acompañados.

INDICADORES
Evaluación anual por el grupo de profesionales que participan en el programa a partir de los datos obtenidos de:
Registro de Actividades de cada sesión
Cuestionario de Evaluación de Satisfacción
Cuestionario ECODI (Escala de conocimientos sobre la Diabetes) de Bueno y col. (pre y post)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1414

1. TÍTULO

TENGO DIABETES TIPO 2, ¿QUE PUEDO HACER PARA CUIDARME?. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN GRUPAL

Hoja excell de registro de datos clínicos de los participantes

Indicadores:

De estructura:

Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos (estándar 80%)

De proceso:

Nº de participantes captados x 100 / nº de participantes previstos captar en el año (estándar 50%)

Nº de grupos realizados x 100 / nº de grupos previstos en el año (estándar 50%)

Nº de participantes que acuden al 80% de las sesiones grupales programadas x 100 / nº de participantes incluidos en el grupo (estándar 100%)

De resultado:

Nº de participantes en los que la satisfacción general con el programa es de 4-5 en escala Likert x 100 / nº de participantes en el grupo (estándar 80%)

Nº de participantes en los que la HbA1c se reduce 0,5% x 100 / nº de participantes en el grupo (estándar 80%)

Nº de participantes en los que los conocimientos en diabetes aumentan 20% x 100 / nº de participantes en el grupo (estándar 80%)

DURACIÓN

Inicio: Enero 2019. Puesta en marcha. Comunicación al EAP 31/01/19.

Fin: Diciembre 2019.

Duración: ciclos de cuatro sesiones grupales de 1:30 horas de duración con una frecuencia semanal.

Captación: Activa por el EAP (Medicina / Enfermería). Citación en agenda específica ("Salas - grupo DIABETES") o en Servicio de Admisión con P-10. La intervención será registrada en OMI-AP, como actividad de enfermería en cada uno de los pacientes que participan en el grupo, mediante el campo de educación grupal. También se registrarán valores clínicos de cada paciente de grupo en hoja Excel.

Tras cada ciclo se celebrará una reunión del equipo de trabajo para la evaluación del grupo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1441

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO

Fecha de entrada: 27/01/2020

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
DE PEDRO PICAZO BELEN
DELER PASCUAL ANA ISABEL
RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- A nivel interno:

- Reuniones del equipo de mejora para repasar documentación, criterios de inclusión, para incorporación al ATAO, etc.: 19/02/19, 25/03/19, 12/04/19 y 15/04/19. Se han seguido los documentos indicados por Estrategias Salud Aragón. Documento interno (julio 2014 Grupo trabajo COA de la SAHH y Salud). - Presentación del proyecto al EAP y recordatorio de criterios de derivación. 24/04/19.
- Creación de consultas de "Atención al paciente en autocontrol TAO". A partir del mes de marzo, se modificaron las agendas del personal de enfermería para ofrecer un horario específico de consulta a los pacientes del C.S. Actur Norte y de otros C.S (viernes de mañana y lunes-miércoles de tarde).
- 19/06/19 reunión del EAP Actur Norte. Se transmite la información ofrecida en JTA. También se presenta el circuito de derivación a la Unidad de Referencia y Formación para Autocontrol TAO del C.S. Actur Norte.
- Por mensajería interna de OMI-AP se comunica a los profesionales del EAP los cursos de formación establecidos a lo largo del año. De esta forma se reactiva la posibilidad de replantear acciones para revisar los criterios de inclusión de los pacientes.

2.- A nivel externo:

- 11 y 13 marzo 2019: Primer curso de formación a pacientes del Sector.
- Reuniones del equipo de mejora para repasar documentación, criterios de inclusión y preparación de trabajo a realizar con los pacientes derivados de los centros de salud del sector: 25/03/19, 12/04/19, 15/04/19 y 13/05/19. La documentación básica ha sido proporcionada por el Director de Enfermería, según documento del Subproceso de Autocontrol en Atención Primaria en Aragón (extraído de Estrategias Salud Aragón).
- 12 abril 2019: Reunión del equipo de mejora del proyecto con el Director de Enfermería para preparar los documentos necesarios, que se enviarán a los EAP del Sector, para su cumplimentación.
- junio 2019: Desde Dirección de Atención Primaria del Sector se envía por correo electrónico, a todos los responsables Médicos y de Enfermería, los documentos establecidos en la reunión de abril.
- 11 junio 2019: Presentación en Junta Técnico-Asistencial del Proyecto a los responsables de todos los Centros de Salud del Sector Zaragoza 1. La persona responsable del proyecto informa detalladamente sobre el circuito de derivación a la Unidad de Referencia y Formación para Autocontrol TAO del C.S. Actur Norte.
- Siguiendo las indicaciones establecidas por el equipo de mejora con el Director de Enfermería, se propone a cada EAP que nombre a un facultativo y un enfermero como responsables del seguimiento de los pacientes en Autocontrol de TAO. Serán los interlocutores directos entre el EAP y la Unidad de AutocontrolTAO de Actur Norte.
- Por indicación del grupo de trabajo, en esta misma sesión, se solicita a los centros que durante los meses de junio-julio, revisen e identifiquen a todos los usuarios en autocontrol de TAO y que envíen sus datos a Dirección de Enfermería para su posterior control.
- 18 y 19 junio 2019: Segundo curso de formación para pacientes del Sector.
- El 26 de junio, desde Dirección de AP. se envió nuevo correo recordando a los centros que no han facilitado información, que la preparen lo más pronto posible.
- El 30 de julio, se reúne el equipo de mejora para empezar a revisar la información recibida desde los distintos centros y distribuirse a los pacientes para contactar con todos ellos.
- Se programan dos cursos más hasta finalizar el año: 25- 26 de septiembre de 2019 y 11-12 de noviembre de 2019.
- Además de las sesiones grupales, a todos los pacientes formados se les ofrece la posibilidad de acudir a las consultas monográficas establecidas especialmente en las agendas de los profesionales docentes es esta actividad.
- 18 y 20 de diciembre 2019: Reunión de colaboradores para evaluación de indicadores y revisión de resultados. Preparación de la Memoria del Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: Número de pacientes anticoagulados, formados en autocontrolTAO, respecto al total de pacientes susceptibles (según los MAP de Actur Norte).

1- El grupo de trabajo ha solicitado listado de pacientes del centro de salud Actur Norte tratados con medicamentos antivitamina K (Sintrom® acenocumarol y Aldocumar® warfarina). De los datos recibidos a partir de OMI-AP y de FARMACIA-Sector I, y después del estudio realizado, podemos decir que de los 176 pacientes de A. Norte en tratamiento activo con warfarina y acenocumarol a inicios de 2019, el 13,6% estaba en programa de autocontrol-TAO. Este valor supera ampliamente la media de Aragón que se calcula en torno a un 4.6% (año 2018).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1441

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO

1.a. Revisado y actualizado el listado de pacientes de Actur Norte en ATAO. Durante los meses de febrero a mayo de 2019, se ha realizado control y revisión de las historias de pacientes del centro. Se ha sacado del programa a 3 pacientes: 1 por fallecimiento y 2 por cambio de tratamiento a ACOS, quedando activos 24.
1.b. Con los cursos impartidos por la Unidad de Autocontrol-TAO durante 2019, en el C. S. Actur Norte, se ha alcanzado la cifra de 29 pacientes en programa, lo que ha elevado a 14.4% su porcentaje respecto al total de susceptibles (Según datos de Farmacia-Sector I, a 31/12/2019 había 207 en tratamiento activo con warfarina y acenocumarol).

Indicador 2: Número de visitas realizadas anualmente por los pacientes de Actur Norte en autocontrol a la Unidad.
2.- Mediante explotación de datos a través de OMI-AP, se ha realizado una revisión del número de consultas anuales realizadas por cada pte. de A. Norte a la Unidad de Autocontrol para descargar datos del coagulómetro, aclaración de dudas o recogida de material. No incluimos en estas visitas las sesiones de formación para ATAO.
2.a. Realizando una media entre los 29 pacientes del centro, se obtiene una cifra de 3.241 visitas/año.

Indicador 3: Número de centros de salud del Sector I en los que se realiza sesión informativa, respecto al total de centros.
3.- Los coordinadores médicos y de enfermería de los 13 Centros de Salud del Sector I (7 urbanos + 6 rurales), estuvieron presentes en la charla informativa que se realizó el día 11 de junio de 2019. El Director de Enfermería expuso los requerimientos sugeridos desde Estrategias de Salud, y un miembro del equipo de mejora planteó como lo va a desarrollar a lo largo del año 2019 la Unidad de ATAO de Actur Norte.

Indicador 4: Número de centros de salud del Sector I en los que se identifican a todos los pacientes en autocontrol de TAO, respecto al total de centros.
4.- Durante los meses de junio-agosto de 2019, se han identificado 81 pacientes que estaban en autocontrol de TAO entre 9 de los 13 Centros de Salud del Sector I. Esto supone que el 69.3% de los centros ha localizado a pacientes.
Los 4 centros restantes: 2 no tienen pacientes en autocontrol y 2 no han contestado, por lo tanto, no se sabe si es que no hay pacientes en ATAO o es que no los tienen localizados.

4.a. Los profesionales de la Unidad de Autocontrol de Actur Norte, han contactado con la mayoría de los pacientes proporcionados por los C.S del sector I. Se ha realizado un control y seguimiento de la historia clínica para saber desde cuando estaban en el programa de Autocontrol TAO, quien les ha hecho el seguimiento de sus valores durante ese tiempo, cuando ha sido la última vez que un médico (MAP, cardiólogo o hematólogo) ha revisado sus cuadernos, realización periódica de analítica de control de coagulación, etc.

4.b. Estudio de los distintos centros:
- Sta. Isabel: 8 ptes detectados; 8 control Hemat.; 0 sin control
- Alfajarín: 7 ptes detectados; 3 control Hemat.; 3 sin control
- Parque Goya: 8 ptes detectados; 6 control Hemat.; 1 sin control
- La Jota: 18 ptes detectados; 12 control Hemat.; 6 sin control
- Picarral: 3 ptes detectados; 3 control Hemat.; 0 sin control
- Zuera: 7 ptes detectados; 4 control Hemat.; 3 sin control
- Arrabal: 5 ptes detectados; 4 control Hemat.; 1 sin control
- Actur Norte: 24 ptes detectados; 0 control Hemat.; 0 sin control
- Villamayor: 1 ptes detectados; 0 control Hemat.; 0 sin control
- Luna: 0 ptes detectados
- Bujaraloz: 0 ptes detectados

De la revisión de los pacientes identificados entre el resto de los centros del Sector, podemos decir que de 57 pacientes. el 24.56% estaban sin controles ni de Hematología ni de su MAP (algunos usuarios referenciaron más de 6 años desde que les dieron la formación y el material). Todos los pacientes en ATAO sin seguimientos, pasan a ser controlados por la Unidad de Actur Norte, con descarga de datos a TAONET-AUTO y planteamiento de revisiones al menos 1 vez al año.

Todos estos datos recopilados, así como los listados actualizados de los pacientes del Sector I, han sido solicitados por la Hematóloga del H.N.S.D.G. Ester Franco, y se le han enviado en varias ocasiones a lo largo del año.

4.c. Los pacientes de Actur Norte estaban controlados al 100% en el propio centro. Desde que en 2009 se desarrolló el Proyecto de ATAO en Aragón, se ha trabajado intensamente a través de Proyectos de Mejora (Seguimiento de pacientes del C.S. Actur Norte en autocontrol de TAO-2010); varias formaciones de distintos profesionales de enfermería del centro; desde abril de 2012, colaboraciones en la formación de pacientes; etc.

Indicador 5: Número total de pacientes que asisten a un grupo de formación respecto al total de pacientes propuestos en 2019.

5.- Se han recibido 17 solicitudes desde distintos Centros de Salud del Sector I. De todas ellas se han considerado adecuadas y se ha formado a 16 pacientes, que suponen el 94.12% de las propuestas. Se ha rechazado 1 paciente por presentar INR fuera de rango. Desde la Unidad ATAO se pusieron en contacto con el médico del usuario para dar las explicaciones oportunas y se le indicó que en cuanto cumpliera los criterios de inclusión, volviera a remitirlo (a la redacción de la memoria no se tiene más información).

5.b. Los cursos realizados durante el año 2019 han sido:

- 11 y 13 marzo 2019: 6 pacientes
- 18 y 19 junio 2019: 4 pacientes
- 25 y 26 septiembre 2019: 4 pacientes
- 11 y 12 noviembre 2019: 2 pacientes

De todos estos pacientes se envía información detallada a la Hematóloga del H.N.S.D.G. Ester Franco, a petición suya.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1441

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A.- Exponemos la necesidad de seguir insistiendo en los centros de salud del Sector que no han proporcionado información. Para ello solicitaremos la colaboración de la Dirección de Atención Primaria del Sector I. Nos parece conveniente que en cada centro hubiera 1 médico y 1 enfermero para llevar un mejor control interno de los pacientes en programa de ATAO.

B.- Se ha observado mal control en algunas personas por no saber llevar bien el seguimiento. Es importante citarse en consulta al paciente, y revisar si tiene bien asimilados los conceptos y la técnica. Mantener un vínculo ágil de consulta desde el paciente con la unidad formativa es fundamental para conseguir un tratamiento eficaz y adecuado.

C.- El equipo de mejora se plantea mantener el trabajo iniciado en la Unidad de Autocontrol TAO y continuar la labor formativa y de apoyo para los pacientes del Sector I. Todo ello contando con el apoyo de la Dirección del Sector, que facilita y potencia la existencia de consultas monográficas específicas para esta labor.

D.- Proponemos que en el programa de OMI-AP se establezca un sistema de identificación de entrega de tiras para control de TAO. Sería de gran ayuda para poder identificar correctamente a todos los pacientes incluidos en Autocontrol-TAO.

E.- Al revisar los datos proporcionados a través de la explotación de datos de OMI-AP, hemos observado que en el episodio B83 aparecen incluidos pacientes con diagnósticos de: Alteración/Defecto de la Coagulación, Anormalidad Plaquetas, Púrpura, Hemofilia, etc. Pensamos que el problema es extrapolable al resto de la CCAA, y por tanto habría que aplicar los filtros adecuados para pulir estos listados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1441 ===== ***

Nº de registro: 1441

Título
PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO

Autores:
VIÑAS VIAMONTE CARMEN, LOZANO ENGUITA ELOISA, DE PEDRO PICAZO BELEN, DELER PASCUAL ANA ISABEL, RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Apoyo autocuidado y fomento de autonomía

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento Anticoagulante Oral (TAO) es un tratamiento crónico, empleado para la prevención primaria (en pacientes portadores de válvulas mecánicas cardíacas) o secundaria, que mejora el pronóstico de los pacientes con riesgo tromboembólico.

Siguiendo las indicaciones del Departamento de Salud y Consumo de 2009 respecto a control de tratamiento de anticoagulante oral, en el año 2010 el centro se planteó el proyecto de mejora: Seguimiento de pacientes del C.S. Actur Norte en autocontrol de TAO. Esta iniciativa nos ha permitido identificar y fomentar los cuidados de los pacientes adheridos al sistema desde sus primeros casos. Actualmente 23 personas son usuarias del Programa de Autocontrol TAO.

Además, desde hace varios años enfermería de Actur Norte ha participado activamente en la formación de sus propios pacientes con Hematología del Sector, primero con Bárbara Menéndez y con Esther Franco, después.

En la actualidad, Actur Norte se ha propuesto como Unidad de Referencia y Formación para Autocontrol TAO, para los usuarios del Sector I (dependiente del HNSGZ). La labor que se plantea el equipo de trabajo tiene doble campo de acción:

- Interno: EAP
- Externo: centros del Sector I.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1441

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD PARA POTENCIAR LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL AUTOCONTROL DEL TAO

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos planteados a dos niveles:

1.- Interno al centro:

- Aumentar la cobertura de pacientes de A. Norte.
- Mantener el INR de los pacientes en autocontrol dentro de los valores de referencia.

2.- Externo:

- Aumentar la cobertura de pacientes en cada C.S. del Sector I.
- Identificación de pacientes en autocontrol TAO
- Taller de formación grupal.

MÉTODO

1.- Interno: seguimiento de los propios pacientes y captación de nuevos.

- Informar al EAP del funcionamiento de la Unidad.

- Repasar criterios de inclusión para aumentar la cobertura de pacientes del centro.

- Contactar con los pacientes en autocontrol periódicamente. Establecer un horario de consulta (mañana y tarde).

2.- Externo: promocionar el sistema de autocontrol en los centros del Sector, identificar pacientes que ya son usuarios del sistema y formar a nuevos pacientes que lo requieran.

- Sesiones informativas en los C.S. del Sector I. Informar sobre el circuito de derivación.

- Que cada EAP tenga identificados a sus pacientes en autocontrol TAO, nombrando una persona de referencia para seguimiento.

- Taller de formación cuatrimestral, para los usuarios que cumplan los criterios de inclusión (según material docente proporcionado por el Servicio de Hematología de HNSGZ).

INDICADORES

1.- Número de pacientes anticoagulados, formados en autocontrol TAO, respecto al total de pacientes susceptibles (según los MAP de Actur Norte).

2.- Número de visitas realizadas anualmente por los pacientes (de Actur Norte) en autocontrol, para descarga de datos del coagulómetro.

3.- Número de centros de salud del Sector I en los que se realiza sesión informativa, respecto al total de centros.

4.- Número de centros de salud del Sector I en los que se identifican a todos los pacientes en autocontrol de TAO, respecto al total de centros.

5.- Número total de pacientes que asisten a un grupo de formación respecto al total de pacientes propuestos en 2019.

DURACIÓN

1.- Febrero-marzo 2019: Información al C.S. Actur Norte del proyecto actual.

2.- Febrero-marzo 2019: Creación de consultas de "Atención al paciente en autocontrol TAO" en turno de mañana y de tarde. Por personal de enfermería.

3.- Febrero-abril 2019: Primer curso de formación grupal a pacientes.

4.- Abril-mayo 2019: Sesión informativa en los C.S. Sector I.

5.- Mayo-junio 2019: Recogida de información sobre pacientes anticoagulados en el Sector I.

6.- Junio 2019: Reunión de los participantes del proyecto para revisar seguimiento del mismo.

7.- Mayo-agosto 2019: Segundo curso de formación grupal a pacientes.

8.- Septiembre-diciembre 2019: Tercer curso de formación grupal a pacientes.

8.- Diciembre 2019: Reunión de colaboradores para evaluación de indicadores y revisión de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 - 2019/0298

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN C.S. AMPARO POCH

Fecha de entrada: 24/01/2020

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.
HERNANDEZ PASCUA MARIA JESUS
REYERO BLANCO ELVIRA
ANDRES PIÑOL DOLORES
PINILLA GALLEGO MARIA PAZ
GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reunión con médicos para organizar proyecto (20 febrero 2019)
-Presentación planilla con avisos realizados por cupo y semestre del año 2018
-Planilla de control de avisos semestral (primer corte 30 junio 2019)
-Planilla control de avisos(segundo corte 31 diciembre 2019)
-Reunión con médicos para conclusiones sobre el proyecto (20 enero 2020)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La fuente de resultados son los avisos del año 2019 que se revisan cada día por horas.
Se compara resultados con tabla de avisos de 2018
Este año 2019 se han contabilizado un total de 590 avisos, 323 el primer semestre y 267 el segundo semestre. El año 2018 curiosamente hubo un total también de 590 avisos, con la diferencia de que en el primer semestre hubo 298 avisos y en el segundo 292.
Creeemos que el mayor número de avisos en el primer trimestre es como consecuencia de que el año 2019 la epidemia de gripe vino más tarde y es cuando más avisos domiciliarios se producen.
Con respecto a los turnos por horas que se estableció para hacer los avisos en "pull", es decir primer turno de 8 a 10:59h y de 11 a 16:30h el segundo. Se aprecia que hay un mayor número de avisos en el primer turno, aunque es tan pequeño que no se pueden sacar conclusiones.
Se ha detectado un problema con los avisos de carácter urgente que se han producido en el tramo horario de 14 a 16:00h.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sorpresa ha sido que ha coincidido el número de avisos registrados durante los años 2018 y 2019 y que las diferencias entre los turnos de avisos son pequeñas.
Por tanto una vez expuesto los resultados en la reunión del día 20 de enero, se acuerda seguir con los mismos turnos y horarios.
En cuanto al problema detectado de los avisos urgente de 14 a 16:00h, se acuerda hacer un listado nominal y diario con los profesionales de turno de tarde para tener una referencia de quien tiene que hacer el aviso en ese tramo horario.

7. OBSERVACIONES.
Se considera oportuno cerrar el proyecto, porque pensamos que no tiene más recorrido y mejoras.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/298 ===== ***

Nº de registro: 0298

Título
ORGANIZACION DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN C.S. AMPARO POCH

Autores:
SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL, REYERO BLANCO ELVIRA, ANDRES PIÑOL DOLORES, HERNANDEZ PASCUAL MARIA JESUS, PINILLA GALLEGO MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes patologías crónicas.
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0298

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN C.S. AMPARO POCH

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido al incremento de pacientes que acuden a las consultas médicas y al poco tiempo que disponen los profesionales sanitarios para atender a cada usuario (una media de 6 minutos), se ha reorganizado la forma de realizar los avisos domiciliarios del centro. Con esta nueva organización se pretende que el profesional sanitario disponga de más tiempo en consulta para poder atender a los pacientes y que los avisos a demanda se gestionen según organigrama nuevo.

RESULTADOS ESPERADOS

Que los profesionales médicos del centro tengan jornadas laborales sin avisos domiciliarios a demanda y ese tiempo poder emplearlo en atender consultas programadas. El objetivo está dirigido sobre todo a la población que tienen enfermedades crónicas.

MÉTODO

Los avisos se harán en pul, dividiendo en 2 tramos horarios la jornada laboral. El primer tramo es de 8:00h a 10:59h y el segundo de 11:00h a 17:00h. A su vez cada tramo horario se divide según turno de mañana o tarde. -En el primer tramo horario de mañana, los médicos que tienen consulta en horario de mañanas, harán los avisos por parejas y días (pares e impares). Los médicos de consulta de tarde que deslizan un día a la mañana se hacen cargo de los avisos de los profesionales de la tarde. -En el segundo tramo horario, el médico con jornada discontinua hará los 3 primeros avisos y a partir del cuarto se reparte entre resto profesionales tarde. Se realizarán dos cortes a finales de los dos semestres del año (junio y diciembre) para comparar datos con los del año pasado. Se realizará reunión para analizar dichos resultados.

INDICADORES

Número de avisos por cupos según datos del OMI

DURACIÓN

Se sacan los datos de los avisos recogidos a lo largo de 2018 de todos los profesionales del centro. Se realiza reunión organizativa de médicos (el 20 de febrero de 2019) en la que se establece dicha organización. Se acuerda en dicha reunión, empezar el día 11 de Marzo de 2019. Finalización 31 de Diciembre de 2019. Los responsables de la implantación serán Miguel A. Silvestre y el resto de profesionales de admisión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

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 buzono 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 buzono 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: Índice 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
- Auditoría interna: Pendiente de realización, prevista para este mes (no se pudo llevar a cabo por problemas organizativos)
-Auditoría Externa: 6-10- 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías 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 Auditorías 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 están 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 polimedados", 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 - 2018/1494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

Fecha de entrada: 27/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES GREGORIO MARIA JESUS
SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL
LARRIPA ROMEO SILVIA
MARTIN CATALAN NURIA
CARREIRA NOGUERO ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Sesión de preparación del proyecto por parte del grupo de calidad del centro (junio 2018)
-Sesión de presentación del proyecto a todo el equipo (septiembre 2018) (incluida en el registro de Formación Continuada)
-Extracción y difusión de datos obtenidos a través del cuadro de mandos de diabetes e información de los mismos a todos los cupos, en la sesión presentación y por buzoneo de los mismos en los cajetines de cada profesional sitios en el área de admisión del centro de salud de forma trimestral por profesional. Recordatorio a través del correo de OMI en enero 2019, sobre la pertinencia de la solicitud de retinografías y microalbuminuria y elaboración del plan de cuidados de enfermería sobre conocimientos deficientes, como objetivo final de la realización de nuestro proyecto asistencial. Recordatorios en OMI y reuniones específicos de enfermería a lo largo del tiempo de estudio. Tanto de la sesión de presentación como de la reunión organizativa y recordatorios en correo OMI 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.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A continuación se presentan datos de cobertura del equipo del EAP según los diferentes cortes realizados a lo largo del año 2018 Septiembre, Diciembre y finales de Febrero 2019, partiendo de los datos de Junio 2018:

-Pacientes mayores de 14 años con determinación de microalbuminuria en el último año / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes : JUNIO 2018: 37,54%, SEPTIEMBRE 2018: 38,55%, DICIEMBRE 2018: 45,75%, FEBRERO 2109: 47,36%, OBJETIVO: 50% .

-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes con solicitud de retinografía en los últimos 3 años* / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes : JUNIO 2018: 40,11%, SEPTIEMBRE 2018: 40,35%, DICIEMBRE 2018: 44,09%, FEBRERO 2109: 58,44%, OBJETIVO: 48%
*suma de datos verdes y amarillos del cuadro de mandos.

-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes que tienen elaborado el plan de cuidado de enfermería sobre conocimientos deficientes / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes : JUNIO 2018: 42,22%, SEPTIEMBRE 2018: 43,20%, DICIEMBRE 2018: 49,34%, FEBRERO 2109: 40,44%, OBJETIVO: 50%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados que hemos obtenido han sido desiguales.
Hemos conseguido mejorar hasta un 47,36% la revisión de Microalbuminuria que nos habíamos propuesto, pero no hemos alcanzado el standard que establecimos (50%). Respecto a la solicitud de ésta hemos detectado que si no se realiza en la analítica por „plan personal jerárquico“, la microalbuminuria no está incluida en el perfil de Diabetes (se hace sólo sedimento de orina) y hay que solicitarla aparte, lo que creemos que puede influir en la baja implementación de este indicador.
En cuanto a la realización de Retinografías en los últimos 3 años hemos superado el 48% propuesto (58,44%) pero al haberse iniciado a mediados de enero 2019 el programa de circuito de realización de retinografías en el Area I, no sabemos hasta que punto nos ha ayudado en poco más de un mes de implantación, aunque lógicamente lo suponemos, porque a finales de Diciembre 2018 habíamos ido aumentando escasamente hasta un 44,09% .
Respecto a la realización de la actividad del plan de cuidado de enfermería sobre conocimientos deficientes y su registro nos ha sorprendido que estando muy cerca de conseguir el objetivo (50%) al final del 2018(49,34%), en menos de 2 meses, hayamos obtenido el resultado mas bajo de todo el seguimiento (40,44%). Al analizar las posibles causas hemos observado que, y no entendemos porqué, hay 206 pacientes menos en el denominador de este indicador en el cuadro de mandos que en Diciembre 2018, y desglosándolos, la mayoría tenían la actividad hecha (171), lo que no nos exige de continuar intentando su mejora.
Aunque son actividades que se realizan habitualmente creemos que este proyecto ha servido para recordar a todo el equipo que son importantes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1494 ===== ***

Nº de registro: 1494

Título
MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE BIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

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

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
La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con una creciente prevalencia en nuestra población (8-9%) que supone un consumo importante de recursos sanitarios. Por otra parte, se dispone de fuentes de información pertinentes para realizar una evaluación de la actividad prestada (cuadro de mandos), permitiendo la implementación de mejoras en este grupo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención que se presta a los pacientes con diabetes pertenecientes al C.S. Actur Oeste, mejorando los datos de cobertura de Cartera de servicios que se citan a continuación.:
-Aumentar la realización de retinografía hasta el 48%
-Aumentar el número de pacientes incluidos en el programa que tienen elaborado el plan de cuidados de enfermería sobre conocimientos deficientes hasta el 50%
-Aumentar el % de solicitud de microalbuminuria hasta el 50%

MÉTODO
-Sesión de preparación del proyecyo por parte del grupo de calidad del centro (junio 2018)
-Sesión de presentación del proyecto a todo el equipo
-Extracción y difusión de datos obtenidos a través del cuadro de mandos de forma trimestral por profesional

INDICADORES
-Datos obtenidos: cuadro de mandos de diabetes
Se haran 3 cortes a lo largo del año 2018/19
Septiembre, Diciembre y Marzo
-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes que tienen elabora el plan de cuidado de enfermería sobre conocimientos deficientes / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes
-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes con solicitud de retinografía en los últimos 3 años / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes
-Pacientes mayores de 14 años con determinación de microalbuminuria en el último año / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes

DURACIÓN
Fecha inicio: Junio 2018
Fecha finalización: Primer trimestre 2019
Cronograma de actividades: pendiente de de confirmar fecha de sesión de presentación al equipo
Documentos revisados:
Cuadro de mandos de diabetes
contrato Gestión del 2017 y 2018
Programa de atención integral a la diabetes mellitus CAA: enero 2015

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD 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 - 2019/0487

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACIÓN DE LOS PADRES

Fecha de entrada: 15/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIMON SIMON ISABEL
BERNAL CARRION EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- SE PREPARÓ FOLLETO INFORMATIVO Y MOTIVADOR CON PAUTAS DE HIGIENE BUCODENTAL, ALIMENTACIÓN, JUEGOS Y LO MÁS IMPORTANTE 6 HOJAS (1 HOJA POR MES) PARA RELLENAR POR LOS NIÑOS/NIÑAS CUANDO SE CEPILLEN LOS DIENTES DESPUÉS DE CADA COMIDA. TARDARON EN ENVIARME LOS CUADERNOS IMPRESOS A COLOR Y SE HAN ENTREGADO DESDE FEBRERO A JUNIO (5 MESES).
- SE PREPARARON 2 POWER POINT DIFERENTES COMO APOYO VISUAL PARA REALIZAR CHARLAS A LOS PADRE/MADRES.
- SE REALIZÓ DIPLOMA PARA ENTREGAR A LOS NIÑOS/NIÑAS CUANDO NOS DEVUELVAN EL FOLLETO RELLENADO.
- SE PREPARÓ TRIPTICO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LOS PADRES/MADRES DESPUÉS DE ACUDIR A LAS CHARLAS.
- SE ORGANIZARON 3 CHARLAS CON DIFERENTES MATRONAS DEL SECTOR PARA INFORMAR DEL PROYECTO Y PROGRAMAR LAS CHARLAS.
- SE REALIZARON REVISIONES BUCODENTALES Y PROFILAXIS DE LA CARIES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR A LOS NIÑOS/NIÑAS CADA 6 MESES.
- SE DESARROLLARON 7 CHARLAS A LO LARGO DEL AÑO PARA LOS PADRES O MADRES. DEBIDO AL CAMBIO DE MATRONAS HUBO QUE VOLVER A REUNIRSE CON ELLAS Y SE EMPEZÓ TARDE.
- SE HA REALIZADO UN ESTUDIO DEL N° DE CARIES EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- DE 667 NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EN EL AÑO 2019, SE ENTREGARON 273 FOLLETOS A NIÑOS/NIÑAS ENTRE 5 Y 8 AÑOS.
- SE REALIZARON 474 PROFILAXIS DE LA CARIES POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR A LO LARGO DEL AÑO.
- A LAS 3 CHARLAS ORGANIZADAS PARA PADRES/MADRES DE NIÑOS ENTRE 0 Y 5 AÑOS, ACUDIERON 35 PADRES O MADRES EN TOTAL.
- DEL ESTUDIO REALIZADO PARA VALORAR EL N° DE CARIES EN LOS NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA, SE OBSERVA UN GRAN PORCENTAJE DE CARIES EN DENTICIÓN TEMPORAL.
- A LAS 4 CHARLAS ORGANIZADAS PARA PADRES/MADRES DE NIÑOS ENTRE 5 Y 8 AÑOS, ACUDIERON 195 PADRES O MADRES EN TOTAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LAS CHARLAS PARA LOS PADRES HAN TENIDO BUENA ACOGIDA, AUNQUE SE PRETENDE ORGANIZARSE MEJOR CON LAS MATRONAS PARA COMENZAR A IMPARTIRLAS A PRINCIPIOS DE AÑO.
LOS FOLLETOS PARA RELLENAR, SEGÚN NOS HAN COMENTADO MUCHOS PADRES, SE HAN PERDIDO DURANTE LOS VIAJES DEL PERÍODO VACACIONAL. SE VALORARÁ LA OPCIÓN DE RELLENAR SÓLO 4 MESES EN LUGAR DE LOS 6 DE ESTE AÑO.
DEBIDO AL GRAN PORCENTAJE DE CARIES OBSERVADO EN LOS NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN CONSULTA (14% EN DENTICIÓN DEFINITIVA Y 36'5% EN DENTICIÓN TEMPORAL) SE CREE PERTINENTE LA SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO AUNQUE CAMBIANDO E INTENTANDO MEJORAR ALGUNAS COSAS. EN AÑOS POSTERIORES SE ENTREGARÁ FOLLETO SÓLO A LOS NIÑOS/NIÑAS DE 5-6 AÑOS, YA QUE MÁS MAYORES LO HAN RECIBIDO ESTE AÑO. IGUALMENTE, LAS CHARLAS SERÁN PARA LOS PADRES/MADRES DE NIÑOS/NIÑAS DE 5-6 AÑOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/487 ===== ***

Nº de registro: 0487

Título
EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES

Autores:
NAVALES BELTRAN MARIA PILAR, SIMON SIMON ISABEL, BERNAL CARRION EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0487

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACIÓN DE LOS PADRES

Otro Tipo Patología: SALUD BUCODENTAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL ACTUR OESTE, SE HA OBSERVADO LA MALA SALUD DENTAL DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA, CON UN ALTO ÍNDICE TANTO COD COMO CAOD.
SEGÚN EL ATLAS DE LA SALUD BUCODENTAL PRESENTADO EN EL 2016 POR EL CONSEJO DE DENTISTAS, EN ESPAÑA 1'8 MILLONES DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 12 AÑOS TIENEN CARIES EN DENTICIÓN TEMPORAL.
SEGÚN EL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS EN 2017 LA CARIES AFECTABA AL 33% DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN ESPAÑA. POR LO QUE SE ESTIMA QUE ES PRIMORDIAL FOMENTAR UNOS CORRECTOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE UNA MANERA SENCILLA PERO CONSTANTE.

RESULTADOS ESPERADOS
FOMENTAR UNOS CORRECTOS HÁBITOS DE SALUD BUCODENTAL. MEJORAR LA CALIDAD DE LA SALUD BUCODENTAL DE LOS NIÑOS. INVOLUCRAR A LOS PADRES Y MADRES EN EL CUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL DE SUS HIJOS E HIJAS. PROMOCIONAR LA SALUD BUCODENTAL Y LA ALIMENTACIÓN NO CARIOGÉNICA.
POBLACIÓN DIANA: NIÑOS DE 0 A 13 AÑOS DE AMBOS SEXOS Y ADULTOS.

MÉTODO
1. CHARLA INFORMATIVA PARA LOS PADRES SOBRE: EVOLUCIÓN DENTAL EN LOS NIÑOS. PROBLEMAS MÁS COMUNES EN LA ERUPCIÓN DENTAL. CARIES DENTAL. MEDIDAS DIETÉTICAS. TÉCNICAS DE CEPILLADO E HIGIENE ORAL.
2. DIAGNÓSTICO TEMPRANO CON REVISIONES DE LOS NIÑOS EN EL GABINETE BUCODENTAL CADA 6 MESES.
3. PROFILAXIS DE LA CARIES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR TÓPICO CADA 6 MESES EN EL GABINETE DENTAL.
4. FOLLETO EXPLICATIVO Y MOTIVADOR CON PAUTAS DE HIGIENE BUCODENTAL, ALIMENTACIÓN Y JUEGOS QUE SE ENTREGARÁ A LOS NIÑOS QUE ACUDAN A CONSULTA POR PRIMERA VEZ.
5. ENTREGA DE DIPLOMA A LOS NIÑOS TRÁS LA RECOGIDA DE LOS FOLLETOS RELLENADOS.

INDICADORES
LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE LA ASISTENCIA A LAS CHARLAS POR PARTE DE LOS PADRES Y EL ESTUDIO DE LOS FOLLETOS UNOS VEZ RELLENADOS.

DURACIÓN
12 MESES (DE ENERO A DICIEMBRE) PRORROGABLE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0717

1. TÍTULO

COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA MARTIN CATALAN
· Profesión MIR
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRERA NOGUERO ANA MARIA
MORALES GREGORIO MARIA JESUS
MELUS PALAZON ELENA
CABALLERO ALEMANY CARMEN
GARUZ BELLIDO ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras una sesión clínica ofertada en el centro de salud para todos los profesionales del centro en la que se expuso el proyecto y la necesidad de crear un grupo de trabajo para llevarlo a cabo, se puso a su disposición una lista para que pudieran inscribirse. Entre los integrantes del grupo se encuentran tanto profesionales de medicina como enfermería y la trabajadora social del centro y el jefe de equipo de admisión. En una sesión posterior con los integrantes del grupo de trabajo se nombró, mediante votación, un coordinador y un subcoordinador y se elaboró una lista de correo electrónico con la que comunicarse internamente. Se han desarrollado dos reuniones posteriores con periodicidad mensual en las que se ponen en común las necesidades del área correspondiente al centro de salud y se ha comenzado a desarrollar la agenda comunitaria y a planificar la realización del mapa de activos de salud. Tras estas dos reuniones, una profesional muy comprometida con la atención comunitaria y referente en este ámbito impartió una sesión clínica en el centro para explicar la Estrategia de Atención Comunitaria y los distintos proyectos que engloba tanto al grupo de trabajo como al resto de profesionales del centro. Durante el año 2020 se prevé terminar de elaborar la agenda comunitaria mediante la recopilación de todas las instituciones y organizaciones existentes en el barrio así como las actividades que se realizan en esos centros para poder elaborar el mapa de activos.

Por el momento únicamente se han necesitado los recursos disponibles de forma pública en la Estrategia de Atención Comunitaria del Gobierno de Aragón así como la cooperación de todo el personal del centro de salud y su interés en materia de atención comunitaria.

Además una de las integrantes del equipo de atención comunitaria ha desarrollado una herramienta para la búsqueda de activos comunitarios en toda la Comunidad Autónoma que se va a implantar por parte de la Dirección de Salud Pública en todo Aragón. Y, la gran mayoría del equipo cuenta con experiencia en el desarrollo actividades comunitarias tanto en colegios como en la comunidad que han venido desarrollando a lo largo de estos años y en este último año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado principal ha sido la consolidación del grupo de trabajo en el centro de salud y la información a todos los profesionales del centro, y más específicamente a los integrantes del grupo sobre la Estrategia en salud comunitaria. Además se han creado redes de comunicación interna y se han comenzado a desarrollar las actividades propuestas.

Esto corresponde con la Etapa 1: Preparación y contextualización, del Check List de Recomendación de Activos para la Salud contemplado en la Guía de Recomendación de Activos para la salud en Atención-Primaria del 2018 elaborada por el Departamento de Sanidad.

El proyecto ha sido bien recibido en el centro de salud y se ha incrementado la motivación de los profesionales por la atención comunitaria gracias a un mayor conocimiento de lo que supone para la salud de la población y a la explicación del marco legal, dentro de las especialidades de medicina y enfermería familiar y comunitaria, en el que se engloba.

Se ha conseguido mejorar tanto la comunicación como la coordinación interprofesional entre el personal de medicina, enfermería y trabajo social.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como aprendizaje el proyecto ha servido para priorizar los tiempos de aprendizaje, reflexión y consolidación del equipo de comunitaria más que seguir estrictamente el calendario propuesto en un principio. Dado que lo importante es avanzar todo el grupo más o menos de forma homogénea.

Las conclusiones que podemos obtener hasta el momento de lo realizado es que ha sido muy importante la información ofrecida a los profesionales del centro, que hasta el momento era insuficiente, y se ha sensibilizado a los miembros del equipo de que estas actividades pueden y deben llevarse a cabo sin menoscabar el funcionamiento del mismo. Por otra parte se ha creado una base sólida en el equipo para la continuación del proyecto así como para la elaboración tanto de la agenda comunitaria como del mapa de activos. Consideramos que este punto es de gran importancia para las acciones posteriores que ya se han comenzado a planificar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/717 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0717

1. TÍTULO

COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH

Nº de registro: 0717

Título
COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH

Autores:
MARTIN CATALAN NURIA, CARRERA NOGUERO ANA MARIA, MORALES GREGORIO MARIA JESUS, MELUS PALAZON ELENA, CABALLERO ALEMANY CARMEN, GARUZ BELLIDO ROBERTO

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: Desmedicalización. Prevención de los problemas relacionados con la senilidad y promoción del envejecimiento saludable. Aislamiento Social. Condicionantes de vida. Educación Sanitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a la creación de la Estrategia de Atención Comunitaria, que ha permitido la inclusión de la Atención Comunitaria en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, creemos fundamental el análisis de la situación de la zona de nuestro centro de salud ya que en este momento no existe ningún proyecto comunitario en activo en el mismo.

Posteriormente con esta iniciativa trataremos de formar un grupo de trabajo con el equipo de Atención Primaria del centro sobre Atención Comunitaria para informar y motivar al resto del personal para que hagan recomendación de activos en sus consultas.

Su finalidad última será la de fomentar la autonomía de los pacientes, informar a la población de los activos que tienen a su alcance y reducir la medicalización de algunas situaciones relacionadas con la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Crear de un grupo de trabajo en el equipo de Atención Primaria.
- Analizar el contexto, las necesidades y las capacidades de la comunidad de nuestra zona de salud.
- Elaborar un mapa de activos de nuestra zona
- Definir el objetivo, población diana, ámbito y tema sobre el que vamos a realizar la recomendación de activos.
- Comunicar los activos disponibles y las actividades a realizar al resto del equipo, a los directivos y al consejo de salud. Dar a conocer el protocolo OMI-AP de Atención Comunitaria.
- Incorporar la recomendación de activos desde la consulta utilizando los recursos disponibles.
- Motivar a los profesionales del centro para la realización de actividades con la comunidad y generar una organización interna coordinada por un interlocutor o coordinador comunitario.

MÉTODO

Con este proyecto trataremos de crear un grupo de trabajo interdisciplinario formado en salud comunitaria contando con los profesionales del equipo de Atención Primaria de nuestro centro de salud así como con la trabajadora social. Se realizarán reuniones periódicas trimestrales en las que se estudiará el contexto de nuestra área de salud, se debatirán las necesidades de la población, se investigarán los activos y recursos disponibles y se decidirán los proyectos comunitarios que se van a desarrollar. Además se nombrará a un coordinador de la atención comunitaria que funcionará como interlocutor para todos los aspectos relacionados con esta.

Por otro lado se realizará un listado de las actividades existentes en el área para posteriormente generar un mapa de activos de salud que se encuentre accesible para la población. Previamente nos habremos puesto en contacto con los directivos o coordinadores de los activos de nuestro barrio.

Para mejorar las recomendaciones de activos a la población se formará a todos los profesionales del centro de salud en el protocolo de OMI-AP de Atención Comunitaria mediante una sesión en la que se explicará su funcionamiento. A partir de esta sesión el grupo de trabajo se pondrá a disposición del personal del centro para responder las dudas que se planteen.

INDICADORES

Se deberá realizar el Check List de Recomendación de Activos para la Salud contemplado en la Guía de Recomendación de Activos para la salud en Atención Primaria del 2018 elaborada por el Departamento de Sanidad una vez formado el grupo de trabajo para evaluar si se ha seguido todo el proceso de implantación.

Una vez explicado el protocolo de OMI-AP se realizará un análisis transversal de la prevalencia de uso del protocolo entre los profesionales del centro al año y se concertará una reunión con los profesionales del centro para escuchar su opinión sobre el proyecto y propuestas de mejora.

Además se pretende que tras el análisis surjan nuevos proyectos de salud comunitaria desde el centro de salud.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0717

1. TÍTULO

COMENZANDO CON LA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH

Abril 2019: Reunión informativa y creación del grupo de trabajo. Nombramiento del coordinador de atención comunitaria.

Mayo 2019: Análisis de la situación del área y contextualización.

Junio 2019: Listado de actividades que se realizan en la comunidad y contacto con los activos.

Julio-Septiembre 2019: Elaboración del mapa de activos.

Octubre 2019: Explicación del protocolo OMI-AP al centro y comienzo de la recomendación de activos en las consultas.

Octubre 2020: Evaluación de la recomendación de activos y propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0959

1. TÍTULO

¿QUE COMO CUANDO NO ME ENCUENTRO BIEN ? ALIMENTACION REALFOODING

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA PABLOS MUR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORNOS SIMON TERESA
OLIETE HERRERO CONCEPCION
ROYAN MORENO PILAR
DOMINGUEZ LOZANO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización del proyecto realizamos varias reuniones iniciales. La primera reunión con la psicóloga del centro municipal de servicios sociales Actur, que fueron los encargados de solicitar la actividad comunitaria para la población con la que trabajan. El proyecto se desarrolla dentro del taller de hábitos saludables con sus usuarios porque necesitaban colaboración sanitaria, para poder hablar sobre alimentación saludable dado el alto índice de obesidad y malnutrición dentro de las familias con las que trabajan, puesto que este problema deriva en enf. crónicas así como la transmisión de los hábitos dentro de la familia. Por otro lado, nos reunimos las personas participantes en el proyecto para organizar las charlas que debíamos realizar estructurándolas y repartiendo las diferentes tareas del equipo. En una tercera reunión se establecieron todos los objetivos y se fijaron las dos fechas de las reuniones:

*3 de abril 2019

*23 de octubre 2019

En una de las sesiones del centro se informó de la actividad que se iba a llevar a cabo.

Las dos sesiones pactadas se realizaron en el Aula del Centro Cívico de Servicios del Actur, para la realización de la actividad se prepararon varias presentaciones Power Point y se compraron diferentes alimentos para realizar la parte más práctica de las sesiones, ya que se trabajó la lectura de las etiquetas de los alimentos para saber identificar aquellos que hay que evitar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A las sesiones acudieron 27 personas de edad y sexo diversa. Se realizó un test preformación el primer día y un test al final de la formación del segundo día para evaluar la adquisición de conocimientos y comprobar si habían incrementado el nivel de conocimientos en temas de alimentación y autocuidado, así como la identificación de síntomas y sus cuidados iniciales.

Entre los resultados del test encontramos un aumento de conocimientos del 64% en el grupo en general, en los pacientes por debajo de 35 años era de un 58% y en los mayores de 35 años de un 69%.

Los organizadores y los participantes al terminar la formación nos transmitieron de forma personal la gran satisfacción con la actividad, tanto con la parte teórica como por la parte práctica con lectura de etiquetas y análisis de alimentos para identificar la alimentación más adecuada para sus familias.

Confiamos que esta intervención repercuta en la salud de los participantes y en su relación con el centro de salud en relación a los aspectos relacionados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se realizó con éxito, tuvimos una gran aceptación y satisfacción del personal que la llevó a cabo, de los organizadores y de los asistentes. Creemos que la promoción de estos cursos entre usuarios o en distintos ámbitos del barrio (Asociaciones, Centros cívicos...) podría ampliar el número de usuarios que se beneficiarían de la formación.

Por otro lado el objetivo conseguir menores visitas al C. Salud en los citados procesos y el de fomentar su salud a largo plazo son objetivos demasiado amplios, que con este espacio de tiempo de análisis no hemos podido analizar, ya que habría que hacerlo a largo plazo y en usuarios del centro de salud. Esta sesión forma parte de un gran proyecto que realiza el centro municipal, que en este año han recibido un premio a nivel Europeo, como así nos lo comunicaron por lo que este año se seguirá realizando con una charla en cada semestre del año, dada la gran acogida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/959 ===== ***

Nº de registro: 0959

Título
¿QUE COMO CUANDO NO ME ENCUENTRO BIEN? Y ALIMENTACION REALFOODING

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0959

1. TÍTULO

¿QUE COMO CUANDO NO ME ENCUENTRO BIEN ? ALIMENTACION REALFOODING

Autores:
PABLOS MUR CRISTINA, TORNOS SIMON TERESA, DE LA ALDEA GASULL CRISTINA, MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES

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: Obesidad
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Después de analizar en consultas, tanto de pediatría como de medicina general, el desconocimiento por parte de la población del barrio del Actur sobre el tratamiento inicial y alimentación apropiado en situaciones tan comunes como procesos febriles, gastroenteritis, obesidad y dado además el aumento de sobrepeso en nuestra población derivado del aumento de consumo de alimentos procesados e inapropiados, vemos la importancia de esta educación grupal para mejorar su calidad de vida, autocuidado y conocimientos sobre la materia.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general :Incrementar el nivel de conocimiento en temas de alimentación y autocuidado, en la población en general del barrio, mediante intervención grupal.
Objetivos específicos:
*Ampliar conocimientos en la identificación de síntomas y sus cuidados iniciales.
*Instruir en la lectura apropiada de los ingredientes de los productos del supermercado para saber valorar e identificar los productos ultraprocesados y por tanto perjudiciales para la salud.
*Aumentar las habilidades personales para saber identificar cual es la alimentación mas apropiada para toda la unidad familiar.
*Conseguir menores visitas al C.Salud en los citados procesos.
*Fomentar su salud a largo plazo.

MÉTODO
*Se realizarán sesiones en el Centro Cívico Municipal de Servicios del Actur (c/ Alberto Duce n2), periodicas con población del barrio.
*Talleres de valoración de alimentación y lectura de etiquetado de productos.

INDICADORES
Test de conocimientos pre y post intervención

DURACIÓN
Dos sesiones en 1º y 2º semestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

Fecha de entrada: 26/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS
MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES
TORNOS SIMON TERESA
GARCIA CASTELLANOS TERESA
ANDRES ZALLO LAURA
LORENTE RIVEROLA JUAN
MILLAN TARATIEL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PLAN DE COMUNICACIÓN.

1. Se reunió el coordinador del proyecto, Dra Isabel Lostal Gracia, con los componentes del equipo de mejora, consensuando el programa.
2. En el Area Básica de Salud que corresponde al Centro de Salud Actur Oeste, se encuentra el Instituto de Educación Secundaria (IES) Elaios, en el Suroeste del Barrio de Actur, donde se imparte clase a alumnos de 1º a 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato.
También cercano al CS Actur Oeste, se encuentra el IES Miguel de Molinos. Aunque esa zona no pertenece al CS, debido a la proximidad, se incluyó dentro de las actividades a realizar.
Se contacto con los Directores de ambos Centros Educativos, fijando así la agenda para realizar la actividad formativa, objeto del proyecto.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

El Equipo de mejora ha realizado dos jornadas formativas, una en cada uno de los Institutos mencionados. Se describe a continuación el contenido de la formación:
A las 14 horas, se desplaza el equipo del proyecto de mejora al Centro Educativo, impartándose el taller en un aula con proyector y medios audiovisuales.

- Taller teórico:

Presentación apoyada con power point sobre el asma, síntomas, tratamiento y manejo de inhaladores para crisis agudas. Identificación de situaciones que requieren presencia urgente de servicios sanitarios.
La presentación había sido previamente preparada y consensuada por el equipo.
Fue impartida por la Dra . Teresa García Castellanos, en ese momento médico residente de pediatría en rotación por el Centro de Salud.
Duración 45 minutos

. Taller práctico:

Impartido por el personal de enfermería componente del equipo.
Se llevó para el taller el material que se utiliza para el tratamiento del asma, inhaladores y cámaras, y se explicó, las diferencias de manejo entre los diferentes dispositivos, MDI o polvo seco y el consejo de utilizar cámaras espaciadoras, incluso con mascarilla si no hay colaboración del niño, para que la medicación se deposite de forma adecuada en el pulmón.
Duración 30 minutos

Turno de preguntas:

Respondido por especialista en Pediatría y enfermería pediátrica.
Duración 30 minutos

. Información sobre Recomendaciones de la Sociedad de Neumología Pediátrica: Centro Escolar Amigo del Asma. Se proporcionó enlace página web.

- Se pasó la siguiente encuesta al final de la actividad docente, para su contestación por los docentes que asistieron.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y SATISFACCIÓN SOBRE EL ASMA

1. Síntomas que nos orientan hacia una crisis asmática GRAVE:

Labios/piel azulada
Pitidos y opresión torácica
Dificultad para respirar
Todas las anteriores

2. ¿Cuál es la vía más rápida y con menos efectos secundarios para administrar la medicación de rescate?

Intravenosa
Inhalada
Oral
Intramuscular

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

3. ¿ Ante l crisis de asma cual es la actuación más correcta?

Reposo + 4 puff de inhalador de rescate y no se debe repetir en ningún caso.

Reposo + avisar a familia y no administrar nada ya que podemos empeorar el cuadro.

Reposo + 4 puff de inhalador de rescate + esperar 20 min + si no mejora repetir 4 puff + avisar a la familia

Siempre llamar al 061/112

4. ¿En cuánto a la técnica de inhalación, que opción es la incorrecta?

a. Destapar y agitar el inhalador antes de usar

b. Exhalar todo el aire antes de dar el puff e inhalar la medicación

c. Inhalar todo el aire antes de dar el puff y respirar la medicación

d. Aguantar respiración tras el puff

5. En relación al asma y el ejercicio, marque la opción correcta

a. Cuando aparece la crisis, dar la medicación de rescate y continuar con el ejercicio.

b. Si aparecen síntomas típicos de asma, se debe continuar con el ejercicio porque forma parte del calentamiento y la adaptación al ejercicio

c. Realizar precalentamiento y enfriamiento antes y después de ejercicio respectivamente

6. ¿Después de esta charla formativa, cree que ha mejorado sus nociones básicas sobre el asma y el manejo elemental?

a. SI

b. NO

7. ¿Cree que la charla se ha adaptado a las necesidades/dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar?

SI. Tengo claro el manejo básico

Regular

Muy poco claro

Nada; no se qué es el asma ni un inhalador y menos usarlo

8. ¿Se ve capaz de dar la medicación de rescate ante l crisis asmática?

a. Si

b. No

9. ¿Cree qué es útil esta charla para el manejo del asma en el ámbito escolar?

Muy útil

Bastante útil

Poco útil

Nada útil

10. En cuanto a la atención al niño asmático en el ámbito escolar, ¿es una situación?:

Frecuente

Durante educación física únicamente

Ocasionalmente he tenido que administrar medicación o llamar a la familia

Nunca he tenido que administrar medicación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Numero de Centro Escolares: 2

Participantes en la jornada formativa: 35 docentes en el IES Elaios y 12 docentes en el IES Miguel Molinos (informó el director que habían tenido problemas de agenda en el último momento lo que explicaba la baja participación)

2. Indicadores de estructura:

Número de profesionales que participan x 100/número de profesionales docentes del centro escolar Elaios= $35 \times 100/63 = 55\%$.

Nº Profesionales x 100/númerode porofesionales docentes del centro escolar Miguel Molinos: $12 \cdot 100/59 = 19\%$

3. Indicadores de proceso:

Número de colegio de la ZBS captados en el año x 100/ Número de colegios previstos captar el año académico $2 \times 100/2 = 100\%$

4.Indicadores de resultado

Al terminar el taller se realiza encuesta de satisfacción que es contestada por 19 de los 35 docentes que asistieron en el IES Elaios y por 8 de los 12 que asistieron en el caso del IES Miguel de Molinos.

- Satisfacción general con el proyecto, según encuesta contestada por el profesorado

El 89% contesta que el taller se había adaptado a las necesidades y dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar y el 95% consideraron el taller recibido como muy útil o bastante útil para manejar el asma en el ámbito escolar.

Estos resultados se encuentran por encima del 70% que se había considerado como punto de corte para repetir la jornada formativa

A continuación, se exponen la totalidad de los resultados de la encuesta en el caso del IES Elaios. No se ha realizado la estadística en el caso del IES Miguel de Molinos, al disponer sólo de 8 encuestas y no considerarlo número representativo.

1. El 84% identificaron adecuadamente los síntomas de una crisis grave

2. El 100% identificaron la vía inhalatoria como la más adecuada

3. El 79% identificaron la actuación correcta en una crisis de asma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

4. El 60% conocían bien la técnica de inhalación, 30% mostraron algún error en su realización.
5. En relación con el asma por ejercicio, 30% contestaron correctamente, 36% sin embargo, contestaron que, en el caso de que presenten crisis de asma durante el ejercicio, se puede dar medicación de rescate y continuar con el ejercicio.
6. El 100% contestaron que tras el taller había mejorado sus conocimientos y manejo del asma
7. El 89% contesta que el taller se ha adaptado a las necesidades y dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar
8. El 100% se ve capaz de administrar la medicación en una crisis de asma
9. El 95% consideraron el taller recibido como muy útil o bastante útil para manejar el asma en el ambito escolar
10. En relación a la pregunta, si habían tenido que atender a un niño asmático en el ámbito escolar, el 79% nunca habían tenido que administrar medicación de rescate, el 15% lo había hecho ocasionalmente y 5%, le había ocurrido durante la clase de educación física.

- Satisfacción general con el proyecto por parte de los sanitarios que han participado: El 100% contestaron estar muy satisfechos con el resultado de la actividad.

Estos resultados se han puesto en conocimiento del equipo de mejora, estando todos de acuerdo en la continuidad del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Proyecto se ha mostrado eficaz en el objetivo planteado que ha sido la formación del personal docente en la atención sanitaria del alumnado con asma.

Este proyecto se presentó en las Jornadas de Calidad del Salud del año 2019.

En principio, se trataba de una experiencia piloto, pero dado el buen resultado obtenido, se realiza esta memoria de seguimiento y se plantea continuidad del proyecto de calidad y extender la experiencia del taller al resto de centros educativos del Sector Zaragoza 1, para lo que nos pondremos en contacto con los Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector.

Se ha iniciado la toma de contacto con el Director del IES Tiempos Modernos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1448 ===== ***

Nº de registro: 1448

Título
EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA.FORMACION PARA EL USO ADECUADO DE INHALADORES Y MANEJO CRISIS AGUDA DEL PERSONAL NO SANITARIO

Autores:
LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS, MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES, TORNOS SIMON TERESA, GARCIA CASTELLANOS TERESA, ANDRES ZALLO LAURA, LORENTE RIVEROLA JUAN, MILLAN TARATIEL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en edad pediátrica. Se calcula una prevalencia del 10% en España, lo que supone aproximadamente 800.00 niños entre 0 y 18 años.
En un centro educativo, la posibilidad de que el profesorado se vea en la necesidad de atender al alumnado con esta patología es alta. A este respecto se han elaborado instrucciones para regular la atención sanitaria no titulada en centros docentes de Aragón (Resolución 16 Marzo 2015 de la Dirección General de Ordenación Académica, Gerencia del SAS y Dirección de Salud Pública. Resolución Noviembre 2017 Dirección General de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

Innovación y Participación y Dirección General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón). Para poder prestar esta atención sanitaria, el personal docente debe recibir formación. En el caso del asma, las condiciones del colegio deben ser óptimas para evitar en lo posible la exposición a alérgenos, implantar pautas para la prevención del asma por ejercicio, identificar los signos de reagudización y adquirir habilidades prácticas en el manejo de inhaladores, dada la variedad de dispositivos existentes, cuyo uso hay que adaptarlo a la edad y características del paciente (Dispositivos de inhalación. El Pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documentos técnicos del GVR . Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>)
La Zona Básica de Salud del Actur Oeste atiende a una población de 16.000-17.000 personas, de las que el 20% es menor de 15 años . La colaboración del personal sanitario del Equipo de Atención Primaria es importante en la formación de los docentes de los Centros educativos situados en su Zona de Salud. Asimismo, es fundamental la coordinación de niveles asistenciales Primaria y Especializada, para el manejo adecuado de esta patología crónica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Formación del personal docente de los centros escolares del Area Básica de Salud en la atención sanitaria del alumnado con asma.
 - Prevención: Centro Escolar Amigo del Asma . Recomendaciones de la Sociedad de Neumología Pediátrica.
 - Manejo de dispositivos para administración de los fármacos.
 - Identificación de situaciones que requieren presencia de servicios sanitarios urgente
2. Objetivo secundario: Valorar satisfacción del personal docente. Incluir el Proyecto en la "Agenda Comunitaria de Actividades en Colegios".

MÉTODO

PLAN DE COMUNICACIÓN:

- 1.- Reunión del coordinador con el equipo para consensuar programa .
- 2.- Contacto del EAP, con los centros escolares, para fijar agenda.
- 3.- Solicitud de la autorización al Consejo Escolar

ACTIVIDADES A REALIZAR:

Se desplazarán al Centro Escolar, al menos dos miembros del Equipo de Mejora, un profesional médico y uno de enfermería.

La jornada educativa consistirá en :

- 1ª taller teórico dirigido a los docentes. Se pondrá a disposición del equipo docente el material multimedia utilizado. Una hora de duración.
 - 2ª taller práctico. Uso de inhaladores MDI, cámaras espaciadoras con y sin mascarilla y dispositivos de polvo seco, Easyhaler, Turbuhaler, Accuhaler, Novolizer. Una hora de duración.
- Al finalizar las intervenciones, se realizará una encuesta sobre los conocimientos adquiridos y la satisfacción de los docentes. Si el resultado muestra un resultado deficiente, inferior a 7 sobre 10, se realizará una segunda jornada formativa.
Reunión final del coordinador del Proyecto con los miembros del Equipo y análisis de resultados

INDICADORES

1. Número de Centros escolares participantes y registro de participantes en la jornada formativa.
2. * Indicadores de estructura:
 - N° de profesionales que participan en las sesiones x 100 / n° de profesionales participantes en el programa previstos
3. * Indicadores de proceso:
 - N° de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 / n° de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico
4. - N° de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / n° de profesores previstos captar en el año académico
- * Indicadores de resultado:
5. -N° de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas.
6. -N° de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de sanitarios participantes

DURACIÓN

Reunión del coordinador con los miembros del proyecto y preparación material formativo Enero Mayo 2019
Contacto con equipos directivos de los centros escolares y fijar agenda: Enero Septiembre 2019
Desarrollo del programa en los centros escolares: Enero Diciembre 2019
Reunión final del coordinador con el equipo, evaluación del proyecto y realización de la Memoria : Diciembre 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACIÓN PAR EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACION PARA EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS
MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES
TORNOS SIMON TERESA
GARCIA CASTELLANOS TERESA
ANDRES ZALLO LAURA
LORENTE RIVEROLA JUAN
MILLAN TARATIEL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PLAN DE COMUNICACIÓN.

1. Se reunió el coordinador del proyecto, Dra Isabel Lostal Gracia, con los componentes del equipo de mejora, consensuando el programa.
2. En el Area Básica de Salud que corresponde al Centro de Salud Actur Oeste, se encuentra el Instituto de Educación Secundaria (IES) Elaios, en el Suroeste del Barrio de Actur, donde se imparte clase a alumnos de 1º a 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato.
También cercano al CS Actur Oeste, se encuentra el IES Miguel de Molinos. Aunque esa zona no pertenece al CS, debido a la proximidad, se incluyó dentro de las actividades a realizar.
Se contacto con los Directores de ambos Centros Educativos, fijando así la agenda para realizar la actividad formativa, objeto del proyecto.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

El Equipo de mejora ha realizado dos jornadas formativas, una en cada uno de los Institutos mencionados. Se describe a continuación el contenido de la formación:
A las 14 horas, se desplaza el equipo del proyecto de mejora al Centro Educativo, impartándose el taller en un aula con proyector y medios audiovisuales.

- Taller teórico:

Presentación apoyada con power point sobre el asma, síntomas, tratamiento y manejo de inhaladores para crisis agudas. Identificación de situaciones que requieren presencia urgente de servicios sanitarios.
La presentación había sido previamente preparada y consensuada por el equipo.
Fue impartida por la Dra . Teresa García Castellanos, en ese momento médico residente de pediatría en rotación por el Centro de Salud.
Duración 45 minutos

. Taller práctico:

Impartido por el personal de enfermería componente del equipo.
Se llevó para el taller el material que se utiliza para el tratamiento del asma, inhaladores y cámaras, y se explicó, las diferencias de manejo entre los diferentes dispositivos, MDI o polvo seco y el consejo de utilizar cámaras espaciadoras, incluso con mascarilla si no hay colaboración del niño, para que la medicación se deposite de forma adecuada en el pulmón.
Duración 30 minutos

Turno de preguntas:

Respondido por especialista en Pediatría y enfermería pediátrica.
Duración 30 minutos

. Información sobre Recomendaciones de la Sociedad de Neumología Pediátrica: Centro Escolar Amigo del Asma.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y SATISFACCIÓN SOBRE EL ASMA

1. Síntomas que nos orientan hacia una crisis asmática GRAVE:

Labios/piel azulada
Pitidos y opresión torácica
Dificultad para respirar
Todas las anteriores

2. ¿Cuál es la vía más rápida y con menos efectos secundarios para administrar la medicación de rescate?

Intravenosa
Inhalada
Oral
Intramuscular

3. ¿ Ante 1 crisis de asma cual es la actuación más correcta?

Reposo + 4 puff de inhalador de rescate y no se debe repetir en ningún caso.
Reposo + avisar a familia y no administrar nada ya que podemos empeorar el cuadro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACION PARA EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

Reposo + 4 puff de inhalador de rescate + esperar 20 min + si no mejora repetir 4 puff + avisar a la familia
Siempre llamar al 061/112

4. ¿En cuánto a la técnica de inhalación, que opción es la incorrecta?
 - a. Destapar y agitar el inhalador antes de usar
 - b. Exhalar todo el aire antes de dar el puff e inhalar la medicación
 - c. Inhalar todo el aire antes de dar el puff y respirar la medicación
 - d. Aguantar respiración tras el puff
5. En relación al asma y el ejercicio, marque la opción correcta
 - a. Cuando aparece la crisis, dar la medicación de rescate y continuar con el ejercicio.
 - b. Si aparecen síntomas típicos de asma, se debe continuar con el ejercicio porque forma parte del calentamiento y la adaptación al ejercicio
 - c. Realizar precalentamiento y enfriamiento antes y después de ejercicio respectivamente
6. ¿Después de esta charla formativa, cree que ha mejorado sus nociones básicas sobre el asma y el manejo elemental?
 - a. SI
 - b. NO
7. ¿Cree que la charla se ha adaptado a las necesidades/dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar?
SI. Tengo claro el manejo básico
Regular
Muy poco claro
Nada; no se qué es el asma ni un inhalador y menos usarlo
8. ¿Se ve capaz de dar la medicación de rescate ante 1 crisis asmática?
 - a. Si
 - b. No
9. ¿Cree qué es útil esta charla para el manejo del asma en el ámbito escolar?
Muy útil
Bastante útil
Poco útil
Nada útil
10. En cuanto a la atención al niño asmático en el ámbito escolar, ¿es una situación?:
Frecuente
Durante educación física únicamente
Ocasionalmente he tenido que administrar medicación o llamar a la familia
Nunca he tenido que administrar medicación de rescate

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

escolar, el 79% nunca habían tenido que administrar medicación de rescate, el 15% lo había 1. Numero de Centro Escolares: 2

Participantes en la jornada formativa: 35 docentes en el IES Elaios y 12 docentes en el IES Miguel Molinos (informó el director que habían tenido problemas de agenda en el último momento lo que explicaba la baja participación)

2. Indicadores de estructura:

Número de profesionales que participan x 100/número de profesionales docentes del centro escolar Elaios= $35 \times 100/63 = 55\%$.

Nº Profesionales x 100/número de profesionales docentes del centro escolar Miguel Molinos: $12-100/59 = 19\%$

3. Indicadores de proceso:

Número de colegio de la ZBS captados en el año x 100/ Número de colegios previstos captar el año académico
 $2 \times 100/2 = 100\%$

4. Indicadores de resultado

Al terminar el taller se realiza encuesta de satisfacción que es contestada por 19 de los 35 docentes que asistieron en el IES Elaios y por 8 de los 12 que asistieron en el caso del IES Miguel de Molinos.

- Satisfacción general con el proyecto, según encuesta contestada por el profesorado

El 89% contesta que el taller se había adaptado a las necesidades y dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar y el 95% consideraron el taller recibido como muy útil o bastante útil para manejar el asma en el ámbito escolar

A continuación, se exponen la totalidad de los resultados de la encuesta en el caso del IES Elaios. No se ha realizado la estadística en el caso del IES Miguel de Molinos, al disponer sólo de 8 encuestas y no considerarlo número representativo.

1. El 84% identificaron adecuadamente los síntomas de una crisis grave
2. El 100% identificaron la vía inhalatoria como la más adecuada
3. El 79% identificaron la actuación correcta en una crisis de asma
4. El 60% conocían bien la técnica de inhalación, 30% mostraron algún error en su realización.
5. En relación con el asma por ejercicio, 30% contestaron correctamente, 36% sin embargo, contestaron que, en el caso de que presenten crisis de asma durante el ejercicio, se puede dar medicación de rescate y continuar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACION PARA EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

con el ejercicio.

6. El 100% contestaron que tras el taller había mejorado sus conocimientos y manejo del asma

7. El 89% contesta que el taller se ha adaptado a las necesidades y dudas sobre el manejo del asma en el ámbito escolar

8. El 100% se ve capaz de administrar la medicación en una crisis de asma

9. El 95% consideraron el taller recibido como muy útil o bastante útil para manejar el asma en el ámbito escolar

10. En relación a la pregunta, si habían tenido que atender a un niño asmático en el ámbito escolar, el 79% nunca habían tenido que administrar medicación de rescate, el 15% lo había 1. Numero de Centro Escolares: 2

hecho ocasionalmente y 5%, le había ocurrido durante la clase de educación física. hecho ocasionalmente y 5%, le había ocurrido durante la clase de educación física.

- Satisfacción general con el proyecto por parte de los sanitarios que han participado: El 100% contestaron estar muy satisfechos con el resultado de la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Proyecto se ha mostrado eficaz en el objetivo planteado que ha sido la formación del personal docente en la atención sanitaria del alumnado con asma.

Se trataba de una experiencia piloto, pero dado el buen resultado obtenido, se realiza esta memoria de seguimiento y se plantea continuidad del proyecto de calidad y extender la experiencia del taller al resto de centros educativos del Sector Zaragoza 1, para lo que nos pondremos en contacto con los Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector.

Se ha iniciado la toma de contacto con el Director del IES Tiempos Modernos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1448 ===== ***

Nº de registro: 1448

Título
EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA.FORMACION PARA EL USO ADECUADO DE INHALADORES Y MANEJO CRISIS AGUDA DEL PERSONAL NO SANITARIO

Autores:
LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS, MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES, TORNOS SIMON TERESA, GARCIA CASTELLANOS TERESA, ANDRES ZALLO LAURA, LORENTE RIVEROLA JUAN, MILLAN TARATIEL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en edad pediátrica. Se calcula una prevalencia del 10% en España, lo que supone aproximadamente 800.00 niños entre 0 y 18 años.

En un centro educativo, la posibilidad de que el profesorado se vea en la necesidad de atender al alumnado con esta patología es alta. A este respecto se han elaborado instrucciones para regular la atención sanitaria no titulada en centros docentes de Aragón (Resolución 16 Marzo 2015 de la Dirección General de Ordenación Académica, Gerencia del SAS y Dirección de Salud Pública. Resolución Noviembre 2017 Dirección General de Innovación y Participación y Dirección General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón).

Para poder prestar esta atención sanitaria, el personal docente debe recibir formación. En el caso del asma, las condiciones del colegio deben ser óptimas para evitar en lo posible la exposición a alérgenos, implantar pautas para la prevención del asma por ejercicio, identificar los signos de reagudización y adquirir habilidades prácticas en el manejo de inhaladores, dada la variedad de dispositivos existentes, cuyo uso hay que adaptarlo a la edad y características del paciente (Dispositivos de inhalación. El Pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documentos técnicos del GVR . Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>)

La Zona Básica de Salud del Actur Oeste atiende a una población de 16.000-17.000 personas, de las que el 20%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1448

1. TÍTULO

EDUCACION PARA EL ASMA EN LA ESCUELA. FORMACION PARA EL USO DE INHALADORES Y MANEJO DE CRISIS AGUDA POR PERSONAL NO SANITARIO

es menor de 15 años . La colaboración del personal sanitario del Equipo de Atención Primaria es importante en la formación de los docentes de los Centros educativos situados en su Zona de Salud. Asimismo, es fundamental la coordinación de niveles asistenciales Primaria y Especializada, para el manejo adecuado de esta patología crónica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Formación del personal docente de los centros escolares del Area Básica de Salud en la atención sanitaria del alumnado con asma.
 - Prevención: Centro Escolar Amigo del Asma . Recomendaciones de la Sociedad de Neumología Pediátrica.
 - Manejo de dispositivos para administración de los fármacos.
 - Identificación de situaciones que requieren presencia de servicios sanitarios urgente
2. Objetivo secundario: Valorar satisfacción del personal docente. Incluir el Proyecto en la "Agenda Comunitaria de Actividades en Colegios".

MÉTODO

PLAN DE COMUNICACIÓN:

- 1.- Reunión del coordinador con el equipo para consensuar programa .
- 2.- Contacto del EAP, con los centros escolares, para fijar agenda.
- 3.- Solicitud de la autorización al Consejo Escolar

ACTIVIDADES A REALIZAR:

Se desplazarán al Centro Escolar, al menos dos miembros del Equipo de Mejora, un profesional médico y uno de enfermería.

La jornada educativa consistirá en :

1ª taller teórico dirigido a los docentes. Se pondrá a disposición del equipo docente el material multimedia utilizado. Una hora de duración.

2ª taller práctico. Uso de inhaladores MDI, cámaras espaciadoras con y sin mascarilla y dispositivos de polvo seco, Easyhaler, Turbuhaler, Accuhaler, Novolizer. Una hora de duración.

Al finalizar las intervenciones, se realizará una encuesta sobre los conocimientos adquiridos y la satisfacción de los docentes. Si el resultado muestra un resultado deficiente, inferior a 7 sobre 10, se realizará una segunda jornada formativa.

Reunión final del coordinador del Proyecto con los miembros del Equipo y análisis de resultados

INDICADORES

1. Número de Centros escolares participantes y registro de participantes en la jornada formativa.
2. * Indicadores de estructura:
 - N° de profesionales que participan en las sesiones x 100 / n° de profesionales participantes en el programa previstos
3. * Indicadores de proceso:
 - N° de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 / n° de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico
4. - N° de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / n° de profesores previstos captar en el año académico
5. * Indicadores de resultado:
 - N° de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas.
6. -N° de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / n° de sanitarios participantes

DURACIÓN

Reunión del coordinador con los miembros del proyecto y preparación material formativo Enero Mayo 2019

Contacto con equipos directivos de los centros escolares y fijar agenda: Enero Septiembre 2019

Desarrollo del programa en los centros escolares: Enero Diciembre 2019

Reunión final del coordinador con el equipo, evaluación del proyecto y realización de la Memoria : Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0580

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE INCOMPARECENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA COMELLA DORDA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON CANO BELEN
ANDRES PELEGRIN SARA
LAHUERTA JARQUE MARIA AMPARO
CASAS MORAGA MARIA LUISA
ALEBESQUE CORTES SILVIA
ARAKISTAIN MARKINA MIRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-15 marzo 2019: conformación del grupo de trabajo con los profesionales de fisioterapia implicados y coordinación de los componentes del proyecto.
-20 marzo 2019: diseño de la hoja informativa para entregar a los pacientes.
-3 junio 2019: reuniones informativas a las unidades de admisión de los centros de salud y comienzo de la entrega de las hojas a los pacientes por parte de dichas unidades de admisión.
-15 enero 2020: reunión de seguimiento del proyecto. Puesta en contacto con las unidades de información del sector 1 para recabar los datos necesarios.
-21 enero 2020: reunión con Técnico de Salud de Atención Primaria para consultar dudas sobre la elaboración del proyecto.

Comunicación continuada con las unidades de admisión para recordar la entrega de la hoja informativa a los pacientes en el momento de ser citados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No podemos en estos momentos comunicar ningún resultado ya que se trata de un proyecto que continúa y no disponemos de los datos sobre indicadores y evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El indicador principal de este proyecto es el porcentaje de pacientes que no acuden a la primera consulta de fisioterapia.
Este dato lo deberemos recabar desde nuestras agendas personales en OMI.

7. OBSERVACIONES.
Vamos a realizar una modificación de la pertinencia, objetivos e indicadores del proyecto previamente presentado, no alterando el objetivo principal; con lo cual haremos un replanteamiento de las conclusiones en la memoria final.

PERTINENCIA DEL PROYECTO:
Constatamos en nuestros servicios de fisioterapia que un porcentaje no menor de pacientes no acude a consulta de fisioterapia de primer día.
Las consecuencias de la incomparecencia de estos pacientes son:
-Tiempo perdido en la consulta.
-Aumento de la lista de espera para primera consulta ya que estos pacientes que no acuden a una primera cita solicitan en admisión una nueva cita (con o sin nuevo volante del médico prescriptor).

OBJETIVOS:
El objetivo principal del proyecto es disminuir la incomparecencia a la consulta de primer día, con lo que prevemos reducir la lista de espera para la primera consulta de fisioterapia.
El objetivo secundario es dar a conocer a los pacientes el funcionamiento de la primera consulta y del servicio de fisioterapia.

INDICADORES:
-Porcentaje de pacientes que no acuden a la primera consulta de fisioterapia. Queremos comparar estos porcentajes con intervalos de tiempo de 4 meses (mayo - agosto 2019, septiembre - diciembre 2019 y enero - abril 2020).

-Número de días de lista de espera para primera consulta de fisioterapia al inicio y al final de este proyecto.

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO:
-Fecha inicio: 15 de marzo 2019
-Fecha final: 30 de abril 2020

RECURSOS NECESARIOS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0580

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE INCOMPARECENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

-Elaboración de una hoja informativa que se entrega al paciente en el momento de ser citado. Dicha hoja informa al paciente de que debe acudir a su cita y hora indicados y la necesidad de anular dicha cita con suficiente antelación si no puede acudir o ya no la necesita. Además se proporciona el teléfono y dirección del centro para poder anular la consulta.
Así mismo la hoja informativa explica el funcionamiento de la primera consulta y del servicio de fisioterapia en Atención Primaria.
-Fotocopiadora.
-Colaboración de las unidades de admisión de los centros.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/580 ===== ***

Nº de registro: 0580

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCION DE LA TASA DE INCOMPARECENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

Autores:
COMELLA DORDA MARTA, GASCON CANO BELEN, ANDRES PELEGRIN SARA, LAHUERTA JARQUE MARIA AMPARO, CASAS MORAGA MARIA LUISA, ALEBESQUE CORTES SILVIA, ARAKISTAIN MARKINA MIRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ausencia injustificada de pacientes citados a primera consulta de fisioterapia, primer día.
Desconocimiento del paciente del funcionamiento de la unidad de fisioterapia y de la 1ª consulta de fisioterapia.
Desconocimiento de los médicos que derivan del funcionamiento de la 1ª consulta de fisioterapia y de la importancia de la derivación adecuada de los protocolos.

Que efectos tiene y sobre quien:
-Aumento de la lista de espera de fisioterapia.
-Insatisfacción de la población por el tiempo de espera para la primera consulta.
-Tiempo perdido en la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocimiento del paciente del funcionamiento de la 1ª consulta y de la Unidad.
Conocimiento del médico derivador del contenido de la primera consulta y de la derivación adecuada.
Disminución lista de espera.
Disminución de las ausencias a la consulta de primer día.

MÉTODO
Presentación a los médicos de hoja informativa que se entregará al paciente derivado a fisioterapia.
Hoja informativa para dar al paciente que es derivado a fisioterapia con información de la primera consulta y del funcionamiento.

INDICADORES
Indicadores:
-Número de hojas entregadas a los pacientes.
-Número de pacientes que fallan a la primera consulta de fisioterapia.
-Número de días que ha disminuido la lista de espera para la primera consulta de fisioterapia.

DURACIÓN
Fecha inicio: 15 marzo 2019
Fecha final: 15 marzo 2020

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0580

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE INCOMPARECENCIA DE PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1490

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 14/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIA SANCHEZ CONCEPCION
PEREZ RAMIREZ ISABEL
LARROSA ESPINOSA CRISTINA
LASARTE SANZ INES
MILLAN TARATIEL MARIA
ANDRES ZALLO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Análisis de los resultados de la siguiente encuesta, contestada de forma anónima por médicos y enfermeras del CS Actur Oeste

1. ¿Conoce la vacuna frente a neumococo polisacárida 23 valente?
a. SI, conozco su composición e indicaciones
b. Conozco su composición pero no recuerdo indicaciones
c. No la conozco
d. No me parece relevante su conocimiento en mi práctica habitual

2. ¿Conoce la vacuna frente a neumococo conjugada 13 valente (Prevenar)?
a. SI, conozco su composición e indicaciones
b. Conozco su composición pero no recuerdo indicaciones
c. No la conozco
d. No me parece relevante su conocimiento en mi práctica habitual

En relación a la recomendación de vacuna polisacárida 23 valente (ahora hay desabastecimiento)

a. La recomiendo habitualmente en grupos de riesgo (especifica cual)
b. La recomiendo algunas veces
c. No la recomiendo
d. Me interesaría información sobre esta vacuna

4. En relación a la recomendación de vacuna conjugada 13 valente (Prevenar)
a. La recomiendo habitualmente en grupos de riesgo
b. La recomiendo sólo en grupos que esté financiada
c. No la recomiendo
d. Me interesaría información sobre esta vacuna

5. En el caso de que NO considere adecuado recomendar la vacuna antineumocócica 23 valente, podría señalar las razones (puede marcar una o varias)
a. no la considero eficaz en prevención de enfermedad neumocócica
b. si se vacuna de 13 valente es suficiente
c. no considero que los pacientes crónicos sean de mayor riesgo que población sana
d. no conozco bien indicaciones.
e. no la considero segura
f. otras: especificar

6. En el caso de que NO considere adecuado recomendar la vacuna antineumocócica conjugada 13 valente (Prevenar), podría señalar las razones (puede marcar una o varias)
a. no la considero eficaz en prevención de enfermedad neumocócica
b. si se vacuna de 23 valente es suficiente
c. no considero que los pacientes crónicos sean de mayor riesgo que población sana
d. no conozco bien indicaciones.
e. no la considero segura
f. no me parece adecuado que si el paciente la necesita, se la tenga que comprar él en la farmacia
g. otras: especificar

2. Obtención de los siguientes valores extraídos del registro de OMI-AP

1. Población total atendida en el CS Actur Oeste
2. Población en edad pediátrica atendida en el CS Actur Oeste
3. Número de pacientes en los que consta el código T-90 (diabetes mellitus) en población menor de 15 años
4. Número de pacientes en los que consta el código T-90 (diabetes mellitus) mayor de 15 años
5. Número de registros de administración de vacuna 23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRICO durante el año 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1490

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

6. Número de registros de administración de vacuna 13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA durante el año 2018
7. Valoración individualizada del registro de vacuna neumocócica en población menor de 15 años con código T-90

3. Mejora de la información al profesional sanitario mediante la difusión individualizada del consenso sobre vacunación frente al neumococo de adultos con patología de fondo y riesgo de enfermedad neumocócica según patología, actualizado al año 2017.
Según este consenso, en el grupo de riesgo de diabetes, sería suficiente para proteger frente a neumococo con administrar una dosis única de vacuna conjugada 13 valente (Prevenar 13) (Rev Esp Quimioter February 15, 2017. Documento de consenso)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Análisis de las encuestas

Las encuestas fueron contestadas por 6 médicos de un total de 11 y por 7 enfermeras de un total de 10. Se incluyen entre los médicos las respuestas de 2 pediatras.

1. Sobre el conocimiento de la vacuna frente a neumococo 23 valente, 5/6 médicos y 5/7 enfermeras, contestan que conocen composición e indicaciones. 1/7 médicos y 2/7 enfermeras conocen composición pero no indicaciones
2. Sobre el conocimiento de la vacuna frente a neumococo 13 valente, 5/6 médicos y 6/7 enfermeras conocen composición e indicaciones. 1/6 médicos y 1/7 enfermeras conocen composición pero no indicaciones
3. En relación a la recomendación de la vacuna 23 valente, 2/6 médicos y 3/7 enfermeras la recomienda alguna vez, 3/6 médicos y 2/7 enfermeras la recomienda habitualmente en grupos de riesgo y 1/7 médicos y 1/7 enfermera no la recomienda
4. En relación a la recomendación de la vacuna 13 valente, 2/6 médicos y 3/7 enfermeras contestan que la recomiendan habitualmente en grupos de riesgo, 3/7 médicos y 2/7 enfermeras no la recomiendan, 1/7 médicos y 1/7 enfermeras la recomienda sólo en grupos que está financiada, 1/7 enfermeras le interesaría más información.
5. En aquellos casos en que se ha contestado que no recomienda la vacuna 23 valente, dos casos, no se especifica el motivo en respuesta abierta.
6. En aquellos casos en que se ha contestado que no recomienda la vacuna 13 valente, dos médicos contestan no considerarla eficaz en prevención de enfermedad neumocócica y un médico, considera suficiente la vacunación con la 23 valente. Enfermería no especifica el motivo en respuesta abierta.

2. Indicadores analizados

1. Población total atendida en el CS Actur Oeste 15.564
2. Población en edad pediátrica atendida en el CS Actur Oeste 2.270 niños
3. El número de pacientes con código T-90 en menores de 15 años es de 2.
4. El número de pacientes con código T-90 en mayores de 15 años es de 1100.
5. El número de registros de vacuna NE23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRIDO en el año 2018, ha sido de casos, con edades comprendidas entre años, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus.
6. El número de registros de vacuna NE13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA en el año 2018 ha sido de 8 casos, no correspondiendo ninguno de los casos a código T-90, diabetes mellitus .
7. En el caso de población infantil menor de 15 años, constan 2 pacientes con código T-90, diabetes mellitus, siendo su vacunación frente a neumococo completa, de acuerdo con las recomendaciones vacunales en grupos de riesgo

3. Sesión formativa e información de los resultados del proyecto

El día 6 de marzo a las 14 horas se imparte Sesión clínica formativa sobre "Prevención de enfermedad neumocócica en grupos de riesgo mediante vacunación frente al neumococo" impartida por la Dra Inés Lasarte, del equipo de mejora.

Asisten 21 personas, con control de firmas.

A continuación, se exponen los resultados del proyecto, expuestos anteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras el debate, estos son los factores que están influyendo negativamente en la mejoría de la cobertura:

1. Vacuna no financiada en el grupo de riesgo diabetes. El paciente tiene que asumir su coste de manera íntegra.
2. Dudas si es conveniente su recomendación, si no es una vacuna financiada por Salud Pública en este grupo de riesgo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1490

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

3. Dudas sobre la conveniencia de su recomendación, a pesar que el consenso está refrendado por varias sociedades científicas y el grupo de Neumoexpertos en Prevención.
4. Dificultades para su adquisición en oficinas de farmacia.

Como mejor opción, y ante la experiencia que se desprende del proyecto de mejora, que es el segundo año que se presenta, para que se mejoren coberturas vacunales frente a neumococo en este grupo de riesgo, sería que Salud Pública proporcionara esta vacuna en los Centros de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1490 ===== ***

Nº de registro: 1490

Título
MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

Autores:
TORNOS SIMON TERESA, SORIA SANCHEZ CONCEPCION, PEREZ RAMIREZ ISABEL, LARROSA ESPINOSA CRISTINA, LASARTE SANZ INES, MILLAN TARATIEL MARIA, ANDRES ZALLO LAURA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
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. La medida más costo-efectiva para prevenirla es la que se obtiene mediante la vacuna antineumocócica, existiendo 2 vacunas frente a neumococo, la polisacarida de 23 serotipos que no genera memoria inmunitaria y la vacuna conjugada de 13 serotipos que si la genera y tiene respuesta más potente. La vacunación en adultos esta justificada en inmunocompetentes con patologías de base como EPOC, asma grave, patología intersticial difusa pulmonar, enfermedad hepática crónica, cardiopatía, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, tabaquismo y enolismo, según el consenso de 16 Sociedades científicas sobre vacunación antineumocócica en el adulto (1). 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 esta recomendada, no esta 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

En proyecto previo, 1327 año 2016, se comprobó que el número de registros de vacuna NE23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRIDO en el año 2017 fué de 6, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus.

El número de registros de vacuna NE13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA en el año 2017 ha sido de 7 casos, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus .

El objetivo del proyecto es mejorar esta cobertura, analizando las posibles causas que pueden influir y mejorando el conocimiento y concienciación del personal sanitario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1490

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

MÉTODO

- . Analisis de los resultados de encuesta realizada a los profesionales sanitarios del centro de salud sobre opinión y manejo de la vacuna frente al neumococo.
- . Sesión clínicas formativas dirigida al personal sanitario (Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras) sobre prevención de la enfermedad neumocócica en el adulto y exposición del consenso sobre la vacunación antineumocócica.
- . Presentación al Equipo de los resultados, al finalizar el proyecto y grado de satisfacción

INDICADORES

- Número de registros de administración de vacuna 23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRICO durante el año 2018.
- Número de registros de administración de vacuna 13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA durante el año 2018.

Como referente se dispone del estudio del año 2017 que indicaba una cobertura en población adulta con diabetes del 0%.

Como objetivo inicial se plantea llegar a una cobertura del 20%

DURACIÓN

- Junio-Septiembre 2018 análisis de los resultados de la encuesta realizada a sanitarios del CS.
- Octubre 2018 sesión formativa impartida por MIR familia perteneciente al equipo de mejora.
- Diciembre del 2018 se valorará la cobertura vacunal frente a enfermedad neumocócica en la población diabética
- Código CIAP-T90 del CS Actur Oeste
- Diciembre 2018 sesión informativa donde se expondrán los resultados y se realizará 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 - 2016/1338

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 - 2019/0487

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES

Fecha de entrada: 27/01/2020

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
BERNAL CARRION EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- SE PREPARÓ FOLLETO INFORMATIVO Y MOTIVADOR CON PAUTAS DE HIGIENE BUCODENTAL, ALIMENTACIÓN, JUEGOS Y LO MÁS IMPORTANTE 6 HOJAS (1 HOJA POR MES) PARA RELLENAR POR LOS NIÑOS/NIÑAS CUANDO SE CEPILLEN LOS DIENTES DESPUÉS DE CADA COMIDA. SE HA ENTREGADO DESDE FEBRERO A JUNIO (5 MESES).
- SE PREPARARON 2 POWER POINT DIFERENTES COMO APOYO VISUAL PARA REALIZAR CHARLAS A LOS PADRE/MADRES.
- SE REALIZÓ DIPLOMA PARA ENTREGAR A LOS NIÑOS/NIÑAS CUANDO NOS DEVUELVAN EL FOLLETO RELLENADO.
- SE PREPARÓ TRIPTICO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LOS PADRES/MADRES DESPUÉS DE ACUDIR A LAS CHARLAS.
- SE ORGANIZARON 3 CHARLAS CON DIFERENTES MATRONAS DEL SECTOR PARA INFORMAR DEL PROYECTO Y PROGRAMAR LAS CHARLAS.
- SE REALIZARON REVISIONES BUCODENTES Y PROFILAXIS DE LA CARIES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR A LOS NIÑOS/NIÑAS CADA 6 MESES.
- SE DESARROLLARON 7 CHARLAS A LO LARGO DEL AÑO PARA LOS PADRES O MADRES. DEBIDO AL CAMBIO DE MATRONAS HUBO QUE VOLVER A REUNIRSE CON ELLAS Y SE EMPEZÓ TARDE.
- SE HA REALIZADO UN ESTUDIO DEL N° DE CARIES EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA.
- SE COMENTA EN EL GRUPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA DEL CENTRO.
- PRESENTACIÓN, DESARROLLO Y DEFENSA DEL PROYECTO EN EL SEMINARIO CIENTÍFICO DEL HIGIENISTA DENTAL EN ODONTOLOGÍA COMUNITARIA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- DE 667 NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EN EL AÑO 2019, SE ENTREGARON 273 FOLLETOS A NIÑOS/NIÑAS ENTRE 5 Y 8 AÑOS.
- SE REALIZARON 474 PROFILAXIS DE LA CARIES POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR A LO LARGO DEL AÑO.
- A LAS 3 CHARLAS ORGANIZADAS PARA PADRES/MADRES DE NIÑOS ENTRE 0 Y 5 AÑOS, ACUDIERON 35 PADRES O MADRES EN TOTAL.
- DEL ESTUDIO REALIZADO PARA VALORAR EL N° DE CARIES EN LOS NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN LA CONSULTA, SE OBSERVA UN GRAN PORCENTAJE DE CARIES EN DENTICIÓN TEMPORAL.
- A LAS 4 CHARLAS ORGANIZADAS PARA PADRES/MADRES DE NIÑOS ENTRE 5 Y 8 AÑOS, ACUDIERON 195 PADRES O MADRES EN TOTAL.
- PRESENTACIÓN, DESARROLLO Y DEFENSA DEL PROYECTO EN EL SEMINARIO CIENTÍFICO DEL HIGIENISTA DENTAL EN ODONTOLOGÍA COMUNITARIA CON LA ASISTENCIA DE 120 HIGIENISTAS Y DENTISTAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LAS CHARLAS PARA LOS PADRES HAN TENIDO BUENA ACOGIDA, AUNQUE SE PRETENDE ORGANIZARSE MEJOR CON LAS MATRONAS PARA COMENZAR A IMPARTIRLAS A PRINCIPIOS DE AÑO.
LOS FOLLETOS PARA RELLENAR, SEGÚN NOS HAN COMENTADO MUCHOS PADRES, SE HAN PERDIDO DURANTE LOS VIAJES DEL PERÍODO VACACIONAL. SE VALORARÁ LA OPCIÓN DE RELLENAR SÓLO 4 MESES EN LUGAR DE LOS 6 DE ESTE AÑO.
DEBIDO AL GRAN PORCENTAJE DE CARIES OBSERVADO EN LOS NIÑOS/NIÑAS ATENDIDOS EN CONSULTA (14% EN DENTICIÓN DEFINITIVA Y 36'5% EN DENTICIÓN TEMPORAL) SE CREE PERTINENTE LA SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO AUNQUE CAMBIANDO E INTENTANDO MEJORAR ALGUNAS COSAS. EN AÑOS POSTERIORES SE ENTREGARÁ FOLLETO SÓLO A LOS NIÑOS/NIÑAS DE 5-6 AÑOS, YA QUE MÁS MAYORES LO HAN RECIBIDO ESTE AÑO. IGUALMENTE, LAS CHARLAS SERÁN PARA LOS PADRES/MADRES DE NIÑOS/NIÑAS DE 5-6 AÑOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/487 ===== ***

Nº de registro: 0487

Título
EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES

Autores:
NAVALES BELTRAN MARIA PILAR, SIMON SIMON ISABEL, BERNAL CARRION EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0487

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS CON AYUDA Y CONCIENCIACION DE LOS PADRES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL ACTUR OESTE, SE HA OBSERVADO LA MALA SALUD DENTAL DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA, CON UN ALTO ÍNDICE TANTO cod COMO CAOD.
SEGÚN EL ATLAS DE LA SALUD BUCODENTAL PRESENTADO EN EL 2016 POR EL CONSEJO DE DENTISTAS, EN ESPAÑA 1'8 MILLONES DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 12 AÑOS TIENEN CARIES EN DENTICIÓN TEMPORAL.
SEGÚN EL CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS EN 2017 LA CARIES AFECTABA AL 33% DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN ESPAÑA.
POR LO QUE SE ESTIMA QUE ES PRIMORDIAL FOMENTAR UNOS CORRECTOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DE UNA MANERA SENCILLA PERO CONSTANTE.

RESULTADOS ESPERADOS
FOMENTAR UNOS CORRECTOS HÁBITOS DE SALUD BUCODENTAL. MEJORAR LA CALIDAD DE LA SALUD BUCODENTAL DE LOS NIÑOS. INVOLUCRAR A LOS PADRES Y MADRES EN EL CUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL DE SUS HIJOS E HIJAS. PROMOCIONAR LA SALUD BUCODENTAL Y LA ALIMENTACIÓN NO CARIOGÉNICA.
POBLACIÓN DIANA: NIÑOS DE 0 A 13 AÑOS DE AMBOS SEXOS Y ADULTOS.

MÉTODO
1. CHARLA INFORMATIVA PARA LOS PADRES SOBRE: EVOLUCIÓN DENTAL EN LOS NIÑOS. PROBLEMAS MÁS COMUNES EN LA ERUPCIÓN DENTAL. CARIES DENTAL. MEDIDAS DIETÉTICAS. TÉCNICAS DE CEPILLADO E HIGIENE ORAL.
2. DIAGNÓSTICO TEMPRANO CON REVISIONES DE LOS NIÑOS EN EL GABINETE BUCODENTAL CADA 6 MESES.
3. PROFILAXIS DE LA CARIES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE CUBETAS DE FLÚOR TÓPICO CADA 6 MESES EN EL GABINETE DENTAL.
4. FOLLETO EXPLICATIVO Y MOTIVADOR CON PAUTAS DE HIGIENE BUCODENTAL, ALIMENTACIÓN Y JUEGOS QUE SE ENTREGARÁ A LOS NIÑOS QUE ACUDAN A CONSULTA POR PRIMERA VEZ.
5. ENTREGA DE DIPLOMA A LOS NIÑOS TRÁS LA RECOGIDA DE LOS FOLLETOS RELLENADOS.

INDICADORES
LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE LA ASISTENCIA A LAS CHARLAS POR PARTE DE LOS PADRES Y EL ESTUDIO DE LOS FOLLETOS UNOS VEZ RELLENADOS.

DURACIÓN
12 MESES (DE ENERO A DICIEMBRE) PRORROGABLE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0809

1. TÍTULO

HIGIENE BUCODENTAL Y EDUCACION PARA LA SALUD EN GESTANTES

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL SIMON SIMON
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS ACTUR OESTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVALES BELTRAN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIONES BUCODENTALES A GESTANTES EN LE GABINETE DE SALUD BUCODENTAL EN EL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH, REALIZADAS POR LA DOCTORA.
APLICACIÓN PROFILÁCTICA DE CUBETAS DE FLÚOR TÓPICO A TODAS LAS GESTANTES QUE ACUDIERON A REVISIÓN. REALIZADA POR LA HIGIENISTA BUCODENTAL.
SE PREPARÓ POWER POINT COMO APOYO VISUAL PARA LAS CHARLAS SOBRE LOS CAMBIOS ORALES EN LAS GESTANTES, TÉCNICAS DE CEPILLADO E HIGIENE ORAL, MEDIDAS DIETÉTICAS Y ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE PATOLOGÍA ORAL.
SE PREPARÓ TRÍPTICO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LAS GESTANTES AL CONCLUIR LAS CHARLAS DADAS EN EL CENTRO DE SALUD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ACUDIERON 7 GESTANTES A LA CHARLA INFORMATIVA.
ACUDIERON 13 GESTANTES A LAS REVISIONES Y PROFILAXIS CON FLÚOR EN EL GABINETE DENTAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LAS CHARLAS REALIZADAS CON EL APOYO DEL POWER POINT HAN RESULTADO MUY EFECTIVAS YA QUE HABÍA DESCONOCIMIENTO POR PARTE DE LAS GESTANTES DE ALGUNOS TEMAS TRATADOS EN LA CHARLA.
EL TRÍPTICO INFORMATIVO FUÉ VALORADO POSITIVAMENTE POR PARTE DE LAS GESTANTES COMO APOYO POSTERIOR.
SE HA OBSERVADO EN LAS REVISIONES DE SALUD BUCODENTAL UN BUEN ESTADO DE SALUD ORAL DE LAS GESTANTES EN GENERAL (SALVO LA GINGIVITIS DEL EMBARAZO).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/809 ===== ***

Nº de registro: 0809

Título
HIGIENE BUCODENTAL Y EDUCACION PARA LA SALUD EN GESTANTES Y LACTANTES

Autores:
SIMON SIMON ISABEL, NAVALES BELTRAN MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SALUD BUCODENTAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE ACTUR OESTE HA DECIDIDO IMPLICARSE EN LA ELABORACIÓN DE UN PROYECTO PARA COLABORAR CON LA CONSULTA DE LAS MATRONAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS EMBARAZADAS, MEJORANDO ASÍ LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE.
ESTÁ DEMOSTRADO QUE LA GINGIVITIS DEL EMBARAZO APARECE ENTRE EL 60-75% DE LAS EMBARAZADAS. LAS NAUSEAS Y VÓMITOS ENTRE EL 75-80%, ASÍ MISMO SE HA OBSERVADO QUE LA CARIES AFECTA AL 33% DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. POR LO QUE DESDE ESTA UNIDAD SE DECIDE FOMENTAR UNA CORRECTA SALUD BUCODENTAL EN LOS NIÑOS HACIENDO PARTICIPES A LAS MADRES.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0809

1. TÍTULO

HIGIENE BUCODENTAL Y EDUCACION PARA LA SALUD EN GESTANTES

MEJORAR LA PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN PRESTADA, A TRAVÉS DE LA MEJORA EN LA INFORMACIÓN A LAS GESTANTES ACERCA DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PUEDEN OCURRIR DURANTE EL EMBARAZO. PROMOVER LA SALUD BUCODENTAL, LA ALIMENTACIÓN NO CARIOGÉNICA Y LA HIGIENE ORAL ENTRE LAS GESTANTES DEL SECTOR. FOMENTAR LA HIGIENE ORAL EN EL LACTANTE Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HACIENDO PARTICIPE A LOS PROGENITORES.

MÉTODO

CHARLAS INFORMATIVAS (POWER POINT) SOBRE: CAMBIOS ORALES EN LA GESTANTE. TÉCNICA DE CEPILLADO E HIGIENE ORAL. MEDIDAS DIETÉTICAS. ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE PATOLOGÍA ORAL. ENTREGA DE TRÍPTICOS INFORMATIVOS SOBRE HIGIENE ORAL.

CHARLAS INFORMATIVAS (POWER POINT) SOBRE: ERUPCIÓN DENTAL. TRAUMATISMOS DENTALES. MALFORMACIONES DENTALES. ALIMENTACIÓN NO CARIOGÉNICA. TÉCNICA DE CEPILLADO. ENTREGA DE TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE HIGIENE ORAL EN LOS NIÑOS.

PARA LLEVAR A CABO ESTAS ACTIVIDADES LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL PROPONE RESERVAR SESIONES EN EL CENTRO PARA QUE LAS GESTANTES PUEDAN ASISTIR A LAS CHARLAS.

REVISIONES DE LA CAVIDAD ORAL DE LAS GESTANTES EN EL GABINETE Y FLUORIZACIONES.

INDICADORES

LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN DE LA DEMANDA DE LAS ACTIVIDADES.

LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE LA DEMANDA DE LAS REVISIONES EN EL GABINETE.

DURACIÓN

12 MESES PRORROGABLE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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

ATENCIÓN 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

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0924

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE EVA BERNAL CARRION
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS ACTUR SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAN JUAN SARALEGUI MARIA
PASCUAL PELEGRIN LAURA
BERLANGA MUÑOZ CONCEPCION
SANCHEZ GIMENO JAVIER
LOPEZ LAHOZ MARIA PILAR
MARZO GARCIA MARIA LUISA
AVILA ESTEBAN MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Actividades y cambios realizados

Hasta Noviembre de 2018, en el CS Actur Sur no se realizaba ninguna actividad específica de salud bucodental para embarazadas. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la mujer durante este periodo fisiológico, y la existencia de este tipo de actividades en otros centros del sector, se decidió poner en marcha este proyecto de mejora.

Se realizaron:

Sesiones informativas al personal del centro para explicar la implantación del proyecto y las vías de derivación.

Talleres. Se coordinó nuestra actividad con los grupos de educación maternal creados por la matrona. En esos talleres la higienista imparte los siguientes contenidos: power point con información sobre prevención, síntomas habituales durante el embarazo, importancia del cepillado y como realizar la técnica adecuadamente, resolución de dudas sobre la materia, incluyendo preguntas de odontopediatría...

Revisiones: en estas se incluye odontograma, medida de grado de hiperestesia, gingivitis o periodontitis, registro de ATM (articulación temporo mandibular). Encuesta sobre hábitos higiénico dietéticos y evolución del embarazo. Se enseñan técnicas de higiene oral. Fluorizaciones tópicas con cubetas de flúor. Se pauta el tratamiento indicado según la patología y se indica que deben acudir a la siguiente revisión. Se valora también la necesidad de añadir alguna visita adicional según el estado bucal.

Fluorizaciones con cubetas de flúor tópicas.

Se estableció un periodo de implantación de actividades y recogida de datos desde noviembre 2018 hasta Diciembre de 2019. A finales de Diciembre 2019 se realizó el análisis de los datos obtenidos. El cronograma se ha cumplido según el orden y tiempo establecidos.

Se decide dar continuidad al proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicadores para la evaluación

Se establecieron los siguientes indicadores:

- Número de charlas y talleres realizados: 3 talleres para embarazadas en las siguientes fechas 30/11/18, 22/03/19 y 21/05/19. Una charla a los compañeros del centro el 26/09/19. A los talleres para embarazadas acudieron un total de 20 mujeres, es decir, el 20% de la población diana.

- Número de pacientes derivadas correctamente. Durante el periodo establecido, en el CS Actur Sur, se creó episodio de embarazo a un total de 115 mujeres. De ellas, 3 fueron falsos positivos, 7 llevaron seguimiento por sanidad privada y 5 sufrieron aborto. Tras descartar estos casos, la población diana resultante fue de 100 embarazadas.

En total, 48 mujeres han acudido a revisiones, es decir, el 48% del total de población diana. 48 mujeres han recibido tratamiento con cubeta de flúor, es decir, el 48% de la población diana, y esto implica que el 100% de las mujeres que han acudido a revisión han precisado fluorización. En total se han realizado 64 revisiones (que resultan de la suma de primeras, segundas y terceras revisiones).

- Número de pacientes que precisan más de 2 revisiones según los criterios de gingivitis, sangrado o hiperestesia. Sólo 3 de las embarazadas que utilizaron el servicio precisaron una tercera revisión por presentar gingivitis, es decir, un 3% del total de la muestra, y un 6,25% del total de embarazadas atendidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resultados alcanzados, lecciones aprendidas y aspectos que han quedado pendientes:

Tras analizar los datos, llegamos a la conclusión de que la implantación del proyecto ha sido un éxito ya que hemos conseguido implantar el proyecto y crear un nuevo servicio para los usuarios de nuestro centro. Cabe destacar la colaboración de los servicios de matrona, pediatría y atención continuada en la captación y derivación de embarazadas. Y aunque se detectan limitaciones en el número de pacientes derivadas, se establece como objetivo para próximos años el reforzar las líneas de trabajo con el personal del centro para que aumente el número de embarazadas derivadas desde todos los servicios del centro. También nos proponemos dar mayor visibilidad con el diseño de carteles informativos colocados en lugares estratégicos del centro (matrona, pediatría, admisión). Otros objetivos que nos proponemos son la creación de encuestas de satisfacción de las usuarias y la colaboración con otros centros cuyos pacientes tienen de referencia el servicio de Odontología de Actur Sur. Otro aspecto a tener en cuenta, es la posibilidad de crear huecos propios en la agenda de Odontología para este tipo de revisiones, de forma que estas puedan ser citadas por cualquier profesional del centro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0924

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS

En conclusión, se decide dar continuidad al proyecto en próximos años con la intención de mejorar el servicio y la atención sanitaria y odontológica a nuestra población diana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/924 ===== ***

Nº de registro: 0924

Título
1441PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS

Autores:
BERNAL CARRION EVA MARIA, SAN JUAN SARALEGUI MARIA, PASCUAL PELEGRINA LAURA, BERLANGA MUÑOZ CONCEPCION, SANCHEZ GIMENO JAVIER, LOPEZ LAHOZ MARIA PILAR, MARZO GARCIA MARIA LUISA, AVILA ESTEBAN MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Enfermedades por los dientes/ encías / estructura que los soportan
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Prevención y Protección

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el embarazo las mujeres sufren importantes cambios hormonales que afectan directamente a la mucosa y al PH de la saliva. Esto ocasiona un desequilibrio en la flora de la cavidad oral que es aprovechado por el Biofilm en esa zona para producir daños (gingivitis, caries, periodontitis, desmineralización).
Hasta noviembre de 2018 en el C.S. Actur-Sur en este sector de la población no se llevaban a cabo revisiones bucodentales, actividades preventivas ni técnicas de aprendizaje en materia higiénico-dietética de la cavidad oral.
En otros Sectores del SALUD este tipo de acciones han sido muy bien acogidas. Por ello decidimos implantarlas en el Centro de Salud Actur-Sur.
Aprovechando las actividades grupales de preparación al parto y lactancia impartidas por la matrona, desde la Unidad de Salud Bucodental introducimos actividades y charlas de Educación y Salud Bucodental para la embarazada y el bebé.

RESULTADOS ESPERADOS
-Conseguir la mayor captación de pacientes ya que son derivadas directamente desde las consultas de la matrona y de Pediatría.
- Detectar precozmente la gingivitis en las embarazadas y disminuir el número de casos.
-Eliminar o minimizar la hiperestesia en la embarazada
-Enseñar a las embarazadas técnicas de higiene oral y hábitos higiénico- dietéticos saludables que serán instauradas con posterioridad en sus hijos gracias al "aprendizaje por imitación" que es uno de los mecanismos básicos de aprendizaje de cualquier persona.

MÉTODO
-Realizar como mínimo una revisión en la primera fase del embarazo y otra en el tercer trimestre del embarazo, valorando aumentar la periodicidad según estado patológico de la embarazada antes y después del parto
-Informar a la paciente del estado de su cavidad oral, así como las patologías presentes.
-Realizar fluorizaciones mediante aplicación de barniz de flúor desensibilizante.
-Remineralizar las piezas dentales afectadas debido a los cambios del pH de la saliva para evitar los molestos síntomas de la hiperestesia que presentan habitualmente.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0924

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL PARA EMBARAZADAS

-El seguimiento se realizará a través de la demanda de la actividad (número de charlas y talleres realizados)
-Número de pacientes derivadas correctamente
-Número de pacientes que precisan más de 2 revisiones según los criterios establecidos de gingivitis, sangrado o hiperestesia

DURACIÓN

Se establece de noviembre de 2018 a diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Las revisiones y aplicaciones de flúor las realizarán tanto el dentista como la higienista

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 profesinales 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 erroneas.

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 - 2018/0750

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA

Fecha de entrada: 13/01/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR
BLASCO SELLES TERESA
GARCIA LOBERA AURELIO
BADIA CORTES MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En julio y agosto se repartieron los folletos en cada consulta de enfermería y médico y folletos colgados en el Centro de Salud para informar a los pacientes de la realización de la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Obtenemos una gran aceptación por parte de los pacientes tras la información recibida con alta demanda de participación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dado el problema de falta de personal para sustituciones que ha habido durante estos meses de verano y otoño, y viendo que era un problema para disponer del tiempo necesario para realizar los paseos teniendo que cerrar consultas, nos hemos visto obligadas a comenzar la actividad a partir de febrero.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/750 ===== ***

Nº de registro: 0750

Título
MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA

Autores:
LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL, SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, GARCIA LOBERA AURELIO, RAMOS GABILONDO OLGA, BLASCO SELLES MARIA TERESA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN, BADIA CORTES MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSTAURACION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ADULTA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se plantea responder ante la necesidad de formar un grupo para realizar actividad física o ejercicio físico. Se objetiva un grupo de población que por encontrarse solas no realizan actividad física tan necesaria en la prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, trastornos músculo esqueléticos, y otros.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental es comenzar a dar paseos cardiosaludables, a través de los cuales los participantes tomen conciencia de la relación directa entre el ejercicio y la mejora en la condición física y prevención de enfermedades y en segundo lugar favorecer la relación entre los participantes para que puedan establecer vínculos y relaciones socio emocionales que sean continuada en el tiempo sin la presencia de los sanitarios.

La población a la que va dirigido el proyecto es toda la población adulta de La Puebla de Alfinden.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0750

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA

MÉTODO

1. Captación de los pacientes en las consultas de Enfermería, Medicina y Trabajo Social.
2. Distribuir carteles informativos en el Ayuntamiento, Farmacia y en el Centro De Salud.
3. Se abre lista para que voluntariamente se puedan apuntar en Admisión del C.S.
4. Charla previa informativa:

- Punto de reunión.
- Recorrido (esta previsto completar el camino natural hasta La Al franca).
- Material necesario (ropa y calzado adecuados).
- Almuerzo saludable.
- Personal sanitario acompañante.

INDICADORES

Tras el paseo se pasaran cuestionarios de satisfacción.

DURACIÓN

Inicio en Septiembre 2018 hasta Mayo 2019.
Establecer un día a la semana para el paseo.
Nos gustaría que fuese un proyecto con continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SOLANAS MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL
BLASCO SELLES TERESA
GIMENO ABAD MARIA TERESA
BADIA CORTES MARIA JOSE
NAVARRO SERRANO EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se comenta con la dirección del instituto la realización de la actividad, se muestran de acuerdo y se preparan los grupos de trabajo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los problemas surgidos en el primer trimestre del curso lectivo 2018/2019 debido a los traslados de médicos y la falta de personal para la realización de sustituciones en el Centro de Salud, se decide realizar la actividad prevista en el segundo trimestre lectivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debemos planificar la actividad teniendo en cuenta los cambios en el organigrama del Centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/751 ===== ***

Nº de registro: 0751

Título
REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Autores:
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL, SERRANO NAVARRO EVA MARIA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, BLASCO SELLES MARIA TERESA, GIMENO ABAD MARIA TERESA, GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN, BADIA CORTES MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se plantea realizar actividades de promoción de salud en primeros auxilios en personal no sanitario por la importancia demostrada, en la prolongación de las funciones vitales de un paciente hasta la llegada del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es conseguir que los adolescentes sepan reconocer y cómo actuar ante una situación de emergencia .

MÉTODO
Reunion del grupo de trabajo para:
-prepara temario adecuado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A ALA COMUNIDAD EDUCATIVA

- planificar el calendario,
- nombrar a los responsables de cada taller
- enviar una carta al instituto para concertar la cita.

INDICADORES

Evaluación de conocimientos; con un cuestionario previo y otro posterior.

DURACIÓN

Tras el inicio escolar 2018 /2019 se impartirán los talleres en el primer trimestre del curso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SOLANAS MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL
SERRANO NAVARRO EVA MARIA
BLASCO SELLES TERESA
GIMENO ABAD MARIA TERESA
GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN
BADIA CORTES MARIA JOSE
PEREZ ARANDA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se lleva a cabo en el IES La Puebla de Alfinden.(4º ESO)
La actividad nace de una necesidad manifestada de que los adolescentes tengan nociones sobre primeros auxilios.
Proporcionar a los alumnos conocimientos básicos sobre primeros auxilios que contribuyan a adquirir habilidades o destrezas en este campo.
La formación en primeros auxilios es fundamental para toda persona implicada en situaciones urgentes por ello pretendemos que después de dicha actividad puedan saber reconocer y actuar en este tipo de situaciones en su vida cotidiana, como puedan ser:

--Anafilaxia (explicación de lo que es, cómo actuar.)
--Atragantamiento .
--Convulsión (manejo de la misma y administración del diacepan rectal)
--Hipoglucemia.
--Posición lateral de seguridad.
--Reanimación cardiopulmonar básica (nociones; saber llevar el ritmo de las compresiones en caso de RCP)

Puesta en contacto del coordinador del proyecto con la dirección del centro escolar para la elección del alumnado.

Realización de cuestionario para determinar conocimientos previos(entre 6- 10 preguntas)
Sesión teórica con power-point(elaborado para la ocasión).
Presentación cada uno de los temas, acompañados de videos prácticos.
Después, una sesión práctica, formando varios grupos de trabajo mas pequeños, con muñecos y simulación de casos clínicos.
Realización de nuevo del cuestionario para la valoración de conocimientos adquiridos tras la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Asistencia a los talleres de 90-100% de la poblacion seleccionada. Buena disposicion y aceptacion
Consecucion de los objetivos; que los adolescentes sepan reconocer y cómo actuar ante una situacion de emergencia .

Queda pendiente de evaluacion de resultados por retraso de las fechas previstas de realización, siendo estas pospuestas a Marzo/Abril 19.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Acercamiento de los profesionales de atención primaria a los centros escolares de nuestra área
Consideramos que los fundamentos para la existencia de un programa de educación en primeros auxilios en la escuela tiene una función educativa, social y sanitaria.

7. OBSERVACIONES.
La idea es implantarlo como una actividad a realizar de forma sistemática en los colegios/institutos en función del nivel de acogida obtenido.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/751 ===== ***

Nº de registro: 0751

Título
REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Autores:
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL, SERRANO NAVARRO EVA MARIA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, BLASCO SELLES MARIA TERESA, GIMENO ABAD MARIA TERESA, GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN, BADIA CORTES MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se plantea realizar actividades de promoción de salud en primeros auxilios en personal no sanitario por la importancia demostrada, en la prolongación de las funciones vitales de un paciente hasta la llegada del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es conseguir que los adolescentes sepan reconocer y cómo actuar ante una situación de emergencia .

MÉTODO
Reunion del grupo de trabajo para:
-prepara temario adecuado
- planificar el calendario,
- nombrar a los responsables de cada taller
- enviar una carta al instituto para concertar la cita.

INDICADORES
Evaluación de conocimientos; con un cuestionario previo y otro posterior.

DURACIÓN
Tras el inicio escolar 2018 /2019 se impartirán los talleres en el primer trimestre del curso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE OLGA MARIA PUEYO VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CABORNERO ANA ISABEL
MURILLO SALVADOR RAQUEL
BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE
BLASCO SELLES TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Se realizan 3 reuniones entre el equipo que prepara esta actividad comunitaria los días 14 y 21 de marzo y 11 de abril de 2018.

Con el objetivo de:

-Concretar el contenido teórico
-Formular las preguntas y respuestas múltiples de los test pre y post docencia
-Distribuir las tareas de contactos (Dirección del colegio, Unidad Docente de Sector I y SamFyC) y elaboración de agenda.

Planificar el trabajo con los grupos prácticos.

2- Se realizan contactos telefónicos con la dirección del centro educativo: se ha contado con el apoyo de la administrativa del centro de salud para cuadrar agendas que permitan la optima cobertura de todos los servicios de atención sanitaria.

Así mismo se contacta con la unidad docente y con SamFyC.

3- En todas las reuniones y actividades se ha contado con la presencia de un médico residente de la Comunidad Foral de Navarra que esta en rotación externa con nosotras en el Centro de Salud.

4- Se recoge y se devuelve material a la unidad docente del sector I y a SamFyC.

5- Se realiza revisión bibliográfica y se elabora presentación audiovisual para los talleres. Hay dos instructoras de RCP y desfibrilación con experiencia en docencia. Se aporta así mismo el material que ambas tienen elaborado y se modifica para su adaptación a la edad y contexto no sanitario.

6- Elaboración de los talleres que se presentan con una parte de teoría a desarrollar en 30 minutos máximo con priorización a la participación activa de los discentes. Los docentes se van alternado en todo momento dinamizando la parte práctica. Los talleres se realizan los días 18 de mayo (3 grupos de 6-7 alumnos cada uno) y el 25 de mayo (2 grupos de profesores).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- Taller con alumnado del curso de 6º de Primaria.

2- Taller con claustro de profesores.

El impacto sobre el alumnado se valora de forma cualitativa y en momento diferido al de la realización del taller. Se vio oportuno valoración trasversal por parte del profesorado. En actividades de clase realiza el análisis.

Nos han transmitido una buena valoración. Además les ha servido para desarrollar actividades de anatomía, conceptos de socialización, servicios, desarrollo rural...

Sobre la evaluación a claustro de profesores se realizo en dos aspectos:

A) Evaluación cualitativa. En ella puntúan 4 sobre escala de 5. Realizan la valoración muy positiva sobre los aspectos de colaboración entre centro de salud y comunidad educativa y la continuidad de esta colaboración.

También valoran el aspecto de conocimiento sobre ellos y el alumnado en un tema de alta sensibilidad emocional.

B) Se realizo un test pre y post taller. Con 10 preguntas de respuesta múltiple. Se mejoró el conocimiento y la respuesta verdadera en una media de 4 preguntas por alumno. En dos casos persistieron 2 preguntas con contestación errónea que nos indican la posibilidad de mejorar la transmisión oral de conceptos.

La participación del profesorado fue de 11 personas de un claustro de 19. Ausencias que se justifican por la necesidad de atender al alumnado y los contratos parciales de trabajadores que no coinciden con el horario de participación en el taller .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad responde de forma satisfactoria a la necesidad en la comunidad de formación e implicación, en un tema fundamental, como es la atención a una urgencia extrahospitalaria que en un alto porcentaje es presenciada y atendida por personal no sanitario .

Es una actividad con escaso coste económico de gran repercusión en la posibilidad de salvar vidas y en la que la población se ve implicada .

Cumple con la normativa que debe ir desarrollándose sobre la implantación del uso de desfibriladores en la CCAA de Aragón.

Colabora en la educación de la comunidad que es una de las labores intrínsecas de los equipos de Atención Primaria, en especial de zonas rurales por sus características de mayor cercanía a la población.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Sobre el equipo que ha desarrollado la actividad, ha generado satisfacción profesional y personal tanto por la colaboración de estamentos de enfermería y medicina como por la relación con los pacientes en un contexto externo a la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Nos parece interesante mantener esta actividad de forma anual.

Ampliar la oferta a asociaciones de la zona de salud.

Proponer la rotación de personal sanitario del centro para mantener la actividad.

7. OBSERVACIONES.

En el apartado de otros componentes del equipo de mejora se añade a TERESA BLASCO SELLES dado que ha participado activamente en dicho proyecto y por error no constaba en la documentación anterior.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/952 ===== ***

Nº de registro: 0952

Título

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Autores:

PUEYO VAL OLGA MARIA, CABRERO CABORNERO ANA ISABEL, MURILLO SALVADOR RAQUEL, BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

4. La mayoría de las situaciones que requieren atención urgente de RCP no se producen en contexto de atención sanitario. Con la nueva ley de la DGA de implementación de DESA en Aragón la población general debe recibir la pertinente formación para su conocimiento y uso.
5.

RESULTADOS ESPERADOS

En primer lugar dar a conocer la cadena de supervivencia y el uso del DESA en la población general.
En segundo lugar desarrollar actividades comunitarias de participación.

MÉTODO

Taller de RCP y uso de DESA dirigidos a : alumnado de 6º de primaria, AMPA y docentes del CEIP Briana de Luna de Alfajarín.
Utilizaremos material de la Unidad Docente del Sector I de Zaragoza de muñecos de simulación, DESA y dispositivos de ventilación.

INDICADORES

Se realiza un test de 5 preguntas previo y post actividad a los tres grupos mencionados anteriormente.
Encuesta de satisfacción tras realizar el taller.
Nivel de participación y compromiso de los grupos superior al 80%

DURACIÓN

Cada taller tendrá una duración de 90 minutos, 45 de los cuales se dedican a realizar test previo y formación teórica resolviendo las dudas que surjan. En los siguientes 45 minutos se dividirán a los participantes en grupos de entre 6-8 personas para realizar de forma práctica lo aprendido.
Al acabar se pasará el test post-taller y la encuesta de satisfacción.,
1 sesión con alumnos de 6º primaria : mayo 2018
2ª sesión con claustro de profesores: junio 2018
3ª sesión con AMPA: septiembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACIÓN EN RCP EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ALFREDO BELLOD FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MURILO SALVADOR RAQUEL
CABREO CABORNERO AÑA ISABEL
BLASCO SELLES TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

2 reuniones con fecha 12 DE FEBREO Y 26 DE MARZO

Objetivos:

Concretar el contenido teórico

Elaboración del cuestionario bajo el formato de test de respuesta múltiple para cumplimentar antes y después de formación teórica

Elaboración de agenda con la dirección del colegio

Solicitud del material preciso a la unidad docente del sector I y Samfyc

Planificación:

Se coordina con el centro escolar la fecha de realización

Se realiza revisión bibliográfica de las actualizaciones en materia de RCP

Se establecen 2 partes diferenciadas en la actividad formativa.

Una primera de carácter teórico a desarrollar en 30 minutos máximo con participación activa de los alumnos.

Posteriormente se divide la clase en 4 grupos para el desarrollo de la parte práctica.

Realización de la actividad con fecha 30 DE MAYO DE 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realizamos una valoración muy positiva sobre los aspectos de colaboración entre el centro de salud y la comunidad educativa, reflejado tanto en el deseo de continuidad de la actividad como en la solicitud de hacerla extensible a cursos inferiores.

Destacar también la implicación e interés que mostraron los alumnos durante toda la formación, tanto en la parte teórica como en la práctica

Desde un punto de vista cuantitativo participaron en el proyecto 22 de los 23 alumnos inscritos en el centro en ese curso.

En relación al cuestionario en la totalidad de las preguntas se mejoró el conocimiento comparando el cuestionario pre-test con el post-test

Se alcanza un grado de conocimiento casi total (entre 19 y 21 alumnos) en preguntas que implican conceptos claves del manejo inicial de eventos, como la actuación ante una persona inconsciente, que no respira, un atragantado, una hemorragia, o la secuencia 30:2 de RCP en el adulto.

Preguntas que implican una cadena de actuación, presentan una mayor dificultad y a pesar de una mejoría tras la formación, solo entre la mitad y los dos tercios de respuestas posteriores son correctas.

Finalmente reflejar como una de las preguntas con menor progreso antes y después de la formación la que recoge el ritmo de RCP, manteniendo como respuesta correcta la mayoría de los niños en la secuencia de reanimación del adulto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad responde de forma satisfactoria a la necesidad en la comunidad de formación e implicación, en un tema, como es la emergencia extrahospitalaria, que es presenciada y atendida en primera instancia de forma mayoritaria por personal no sanitario.

Es una actividad con un mínimo coste económico y con una gran repercusión en la posibilidad de salvar vidas.

Es un elemento de participación y relación con la población, que se ha manifestado como una actividad satisfactoria tanto para los profesionales sanitarios implicados en su desarrollo como en los receptores de la misma

Cumple con la normativa de desarrollo e implantación del uso de desfibriladores en la CCAA de Aragón y con los planes de salud de implementar en los centros programas comunitarios.

Consideramos oportuno mantener esta actividad de forma anual con el fin de consolidar los conceptos y conocimientos adquiridos.

La evaluación continuada y crítica de nuestra formación, debe servir para mejorar la transmisión oral de conceptos, especialmente de aquellos que la experiencia nos marque como más deficitarios o difíciles de transmitir.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACIÓN EN RCP EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Este año terminamos el proyecto como proyecto calidad para pasar a ser actividad comunitaria en próximos años.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/952 ===== ***

Nº de registro: 0952

Título
EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Autores:
PUEYO VAL OLGA MARIA, CABRERO CABORNERO ANA ISABEL, MURILLO SALVADOR RAQUEL, BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
4. La mayoría de las situaciones que requieren atención urgente de RCP no se producen en contexto de atención sanitario. Con la nueva ley de la DGA de implementación de DESA en Aragón la población general debe recibir la pertinente formación para su conocimiento y uso.
5.

RESULTADOS ESPERADOS
En primer lugar dar a conocer la cadena de supervivencia y el uso del DESA en la población general.
En segundo lugar desarrollar actividades comunitarias de participación.

MÉTODO
Taller de RCP y uso de DESA dirigidos a : alumnado de 6º de primaria, AMPA y docentes del CEIP Briana de Luna de Alfajarín.
Utilizaremos material de la Unidad Docente del Sector I de Zaragoza de muñecos de simulación, DESA y dispositivos de ventilación.

INDICADORES
Se realiza un test de 5 preguntas previo y post actividad a los tres grupos mencionados anteriormente.
Encuesta de satisfacción tras realizar el taller.
Nivel de participación y compromiso de los grupos superior al 80%

DURACIÓN
Cada taller tendrá una duración de 90 minutos, 45 de los cuales se dedican a realizar test previo y formación teórica resolviendo las dudas que surjan. En los siguientes 45 minutos se dividirán a los participantes en grupos de entre 6-8 personas para realizar de forma práctica lo aprendido.
Al acabar se pasará el test post-taller y la encuesta de satisfacción.,
1 sesión con alumnos de 6º primaria : mayo 2018
2ª sesión con claustro de profesores: junio 2018
3ª sesión con AMPA: septiembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0359

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARÍN

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL MURILLO SALVADOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUCALON ARENAL JOSE MANUEL
BERNAD MARTIN JOSE LUIS
CABRERO CABORNERO ANA ISABEL
PEREZ ZARZA LEONOR
RAMOS GABILONDO OLGA
BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE
SOLANAS MUÑOZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño del proyecto: Diciembre 2018- Enero 2019. Creación de un equipo de trabajo para formular el diseño y puesta en marcha del proyecto. Se realizan varias reuniones en las que se reparten las funciones a cada componente del equipo y se comunican los avances realizados. Se realiza una revisión sistemática de otros documentos de acogida de otros centros de salud de nuestro sector (C.S. Actur Sur, C.S. Actur Norte, C.S. Amparo Poch, C.S. Parque Goya y C.S. La Jota)

Elaboración del proyecto: Febrero - Mayo 2019. Tras recopilar dicha información por parte de cada miembro del equipo y revisar la organización y estructura de nuestro centro de salud (tanto de la sede principal como de los consultorios locales) realizamos la elaboración del manual de acogida.

Evaluación: Junio 2019. El día 23 de Mayo 2019 realizamos una sesión (dentro del programa de formación 1º Semestre 2019 C.S. Alfajarín) al equipo del centro de salud para presentarles el proyecto. En esta sesión se analiza el contenido del mismo y se añaden y modifican una serie de puntos entre todos los componentes del equipo.

Finalización y Aprobación por parte de la Dirección del Sector: Agosto 2019. El día 31 de agosto de 2019 se envía a la Dirección del Sector el Manual de Acogida de Alfajarín.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Elaboración de un Manual de Acogida para el C.S. de Alfajarín y publicación del mismo en el servidor documental del Equipo.

-Cumplimiento de los objetivos del proyecto:

Disminuir la ansiedad, el temor, el estrés, etc. Que puede causar la falta de conocimientos al incorporarse a un nuevo puesto de trabajo.

Aumentar la satisfacción personal y la calidad de la asistencia sanitaria.

Favorecer el sentimiento de pertenencia al equipo y mejorar las relaciones con el mismo.

Cumplimiento de la normativa del Reglamento del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este Manual ha sido valorado positivamente por todo el equipo dado que recoge la mayoría de información útil y práctica para el trabajo diario.

En el período de agosto a diciembre de 2019 se ha incorporado nuevo personal al equipo (sustituciones, traslados...) y se les ha enviado por correo electrónico el boceto de este manual diseñado. Dichos compañeros también lo valoraron positivamente y les sirvió como herramienta de apoyo para la adaptación en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

Al ser un documento dinámico, queda pendiente de posteriores revisiones para ir actualizando datos. Así, se decide nombrar a un miembro del Equipo para realizar dicha función.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/359 ===== ***

Nº de registro: 0359

Título
ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

Autores:
MURILLO SALVADOR RAQUEL, CUCALON ARENAL JOSE MANUEL, BERNAD MARTIN JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0359

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARÍN

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: GESTIÓN DE RRHH
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: GESTIÓN RRHH

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado que no existe en el centro de salud de Alfajarín un manual de acogida para los profesionales que se incorporan en dicho centro, se crea la necesidad de la realización de un documento propio donde se recogerá la información fundamental para la integración del personal en el nuevo puesto de trabajo y en el entorno laboral.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Profesionales de nueva incorporación en el C.S. Alfajarín y equipo sanitario actual.
Objetivos:
Disminuir la ansiedad, el temor, el estrés y la frustración que puede causar la falta de conocimientos al incorporarse en un nuevo puesto de trabajo.
Aumentar la satisfacción personal.
Favorecer el sentimiento de pertenencia al equipo y mejorar las relaciones con el mismo.
Aumentar la calidad de la asistencia sanitaria
Dar cumplimiento a la normativa del Reglamento de EAP.

MÉTODO
Reuniones del equipo sanitario de Nuez de Ebro, encargado de la realización de este programa, con el fin de elaborar el diseño, planificación y ejecución de la elaboración del documento de acogida.
Para ello se hace una revisión sistemática de otros documentos de acogida de otros centros de nuestro sector.
Se recopila toda la información precisa para la elaboración de dicho documento.
Se realiza una reunión de equipo para la valoración y evaluación de dicho documento.

INDICADORES
La evaluación será de forma cualitativa mediante una encuesta de satisfacción al conjunto de RRHH de este centro de salud y la final aprobación por la Dirección del Sector Sanitario.

DURACIÓN
Diseño del proyecto: Diciembre 2018-Enero 2019
Elaboración del proyecto: Febrero-Mayo 2019
Evaluación: Junio 2019
Finalización y Aprobación por parte de la Dirección del Secto: Julio-Agosto 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0359

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL MURILLO SALVADOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUCALON ARENAL JOSE MANUEL
BERNAD MARTIN JOSE LUIS
CABRERO CABORNERO ANA ISABEL
PEREZ ZARZA LEONOR
RAMOS GABILONDO OLGA
BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE
SOLANAS MUÑOZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño del proyecto: Diciembre 2018- Enero 2019. Creación de un equipo de trabajo para formular el diseño y puesta en marcha del proyecto. Se realizan varias reuniones en las que se reparten las funciones a cada componente del equipo y se comunican los avances realizados. Se realiza una revisión sistemática de otros documentos de acogida de otros centros de salud de nuestro sector (C.S. Actur Sur, C.S. Actur Norte, C.S. Amparo Poch, C.S. Parque Goya y C.S. La Jota)

Elaboración del proyecto: Febrero - Mayo 2019. Tras recopilar dicha información por parte de cada miembro del equipo y revisar la organización y estructura de nuestro centro de salud (tanto de la sede principal como de los consultorios locales) realizamos la elaboración del manual de acogida.

Evaluación: Junio 2019. El día 23 de Mayo 2019 realizamos una sesión (dentro del programa de formación 1º Semestre 2019 C.S. Alfajarín) al equipo del centro de salud para presentarles el proyecto. En esta sesión se analiza el contenido del mismo y se añaden y modifican una serie de puntos entre todos los componentes del equipo.

Finalización y Aprobación por parte de la Dirección del Sector: Agosto 2019. El día 31 de agosto de 2019 se envía a la Dirección del Sector el Manual de Acogida de Alfajarín.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de un Manual de Acogida para el C.S. de Alfajarín y publicación del mismo en el servidor documental del Equipo.

Cumplimiento de los objetivos del proyecto:

Disminuir la ansiedad, el temor, el estrés, etc. Que puede causar la falta de conocimientos al incorporarse a un nuevo puesto de trabajo.

Aumentar la satisfacción personal y la calidad de la asistencia sanitaria.

Favorecer el sentimiento de pertenencia al equipo y mejorar las relaciones con el mismo.

Cumplimiento de la normativa del Reglamento del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este Manual ha sido valorado positivamente por todo el equipo dado que recoge la mayoría de información útil y práctica para el trabajo diario.

En el período de agosto a diciembre de 2019 se ha incorporado nuevo personal al equipo (sustituciones, traslados...) y se les ha enviado por correo electrónico el boceto de este manual diseñado. Dichos compañeros también lo valoraron positivamente y les sirvió como herramienta de apoyo para la adaptación en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

Al ser un documento dinámico, queda pendiente de posteriores revisiones para ir actualizando datos. Así, se decide nombrar a un miembro del Equipo para realizar dicha función.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/359 ===== ***

Nº de registro: 0359

Título
ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

Autores:
MURILLO SALVADOR RAQUEL, CUCALON ARENAL JOSE MANUEL, BERNAD MARTIN JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0359

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: GESTIÓN DE RRHH
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: GESTIÓN RRHH

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado que no existe en el centro de salud de Alfajarín un manual de acogida para los profesionales que se incorporan en dicho centro, se crea la necesidad de la realización de un documento propio donde se recogerá la información fundamental para la integración del personal en el nuevo puesto de trabajo y en el entorno laboral.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Profesionales de nueva incorporación en el C.S. Alfajarín y equipo sanitario actual.
Objetivos:
Disminuir la ansiedad, el temor, el estrés y la frustración que puede causar la falta de conocimientos al incorporarse en un nuevo puesto de trabajo.
Aumentar la satisfacción personal.
Favorecer el sentimiento de pertenencia al equipo y mejorar las relaciones con el mismo.
Aumentar la calidad de la asistencia sanitaria
Dar cumplimiento a la normativa del Reglamento de EAP.

MÉTODO
Reuniones del equipo sanitario de Nuez de Ebro, encargado de la realización de este programa, con el fin de elaborar el diseño, planificación y ejecución de la elaboración del documento de acogida.
Para ello se hace una revisión sistemática de otros documentos de acogida de otros centros de nuestro sector.
Se recopila toda la información precisa para la elaboración de dicho documento.
Se realiza una reunión de equipo para la valoración y evaluación de dicho documento.

INDICADORES
La evaluación será de forma cualitativa mediante una encuesta de satisfacción al conjunto de RRHH de este centro de salud y la final aprobación por la Dirección del Sector Sanitario.

DURACIÓN
Diseño del proyecto: Diciembre 2018-Enero 2019
Elaboración del proyecto: Febrero-Mayo 2019
Evaluación: Junio 2019
Finalización y Aprobación por parte de la Dirección del Sector: Julio-Agosto 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0525

1. TÍTULO

SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS: PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ABAD MARIA TERESA
BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE
MURILLO SALVADOR RAQUEL
AGUILAR FLORDELIS PAULA
BLASCO TELLES TERESA
GARCIA LOBERA AURELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la revisión de 12 años incluida en el programa del niño sano, se registra, en todos los preadolescentes, el peso, la talla y el perímetro de la cintura abdominal, para obtener los dos parámetros que se van a valorar: el índice de masa corporal (IMC) y el cociente cintura/talla (CCT), este último como mejor predictor de síndrome metabólico y riesgo cardiovascular.
A los pacientes cuyos parámetros se encuentren por encima del P 75 (sobrepeso) o del P 90 (obesidad), se les entrega por escrito un dossier de información sobre alimentación saludable, que previamente se ha elaborado por el equipo de pediatría. Igualmente se explica y se comenta creando un espacio para aclarar dudas o resolver preguntas. Se busca la implicación de los niños y sus familias. Posteriormente se les invita a acudir a la consulta pasados al menos 6 meses para un nuevo control de los mismos parámetros.
Nos encontramos todavía en fase de recogida de datos de primeras visitas, hasta el 29 de febrero de 2020, por lo tanto acabaremos de recoger los datos de segundas visitas de los últimos niños, al menos 6 meses después, es decir, a lo largo del tercer trimestre de 2020, cuando daremos por finalizado el proyecto.
Por supuesto una vez obtenidos y analizados los datos finales, se presentarán en sesión clínica a todos los miembros del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con los datos obtenidos hasta el momento, considerando sobrepeso $IMC > 21$ o $CCT > 0.45$ y obesidad $IMC > 26.2$ o $CCT > 0.5$, para ambos sexos, se ha obtenido en primeras visitas una prevalencia de sobrepeso de 38.86% y de obesidad de 8.23% en global, por encima de los datos obtenidos en el estudio español "enKid". Queda por determinar la influencia de la información sobre alimentación saludable y ejercicio físico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos parece un proyecto interesante para conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población con la que nosotros trabajamos, que nos motiva aún más a insistir en este aspecto fundamental de la educación para la salud en las revisiones del niño sano y nos va a dar información relevante sobre el efecto de nuestra intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/525 ===== ***

Nº de registro: 0525

Título
SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS : PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Autores:
NAVARRO SERRANO EVA MARIA, GIMENO ABAD MARIA TERESA, BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE, MURILLO SALVADOR RAQUEL, AGUILAR FLORDELIS PAULA, BLASCO SELLES TERESA, GARCIA LOBERA AURELIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0525

1. TÍTULO

SOBREPESO Y OBESIDAD EN PREADOLESCENTES DE 12 AÑOS: PREVALENCIA E INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

A pesar de las numerosas campañas, las cifras de sobrepeso y obesidad infantil son muy elevadas, 18.1% y 6.3% según el estudio español "enKid". Los pediatras de AP estamos obligados a responder ante la comunidad de manera decidida, comprometida y con métodos científicos para impedir que los niños actuales sean adultos enfermos, pues existe clara evidencia de que el exceso de peso infantil se relaciona con el síndrome metabólico, y éste constituye un factor de riesgo para patologías responsables en gran medida de la morbimortalidad en la edad adulta como la diabetes 2, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. Además predispone a sufrir manifestaciones psicológicas como acoso escolar, baja autoestima y patología articular.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Establecer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en preadolescentes de 12 años del CS Alfajarín
- 2-Verificar la eficacia que el consejo sobre alimentación saludable y actividad física tiene en la reducción de dicha prevalencia a los 6 meses de la primera medición
- 3-Valorar la utilidad (según los resultados obtenidos) de crear nuevas formas de informar-aconsejar a pacientes y familias sobre hábitos saludables a través de infografía, carteles divulgativos en el espacio reservado a pediatría en el CS, consejos dirigidos sobre temas concretos (alternativas de desayuno-merienda saludable, otras formas de celebrar cumpleaños, qué es la comida basura), información sobre el plato de Harvard, ideas de menús saludables

MÉTODO

Se estudiarán los preadolescentes de 12 años que acudan a la revisión incluida en el programa del niño sano durante 1 año, de 1/3/ 2019 a 28/2/2020 . Se estima 154, 86 varones y 68 niñas. Se medirán el peso y la talla, para calcular el IMC y determinar sobrepeso (> 1 D.E.: 21) y obesidad (> 2 D.E.: 26.2) y el perímetro de cintura abdominal para calcular el cociente cintura/talla, que es el mejor predictor de síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en mayores de 6 años. Se establecerá como valores de corte P 75 varones 73, niñas 68 y P 90 varones 83, niñas 76.
En la primera consulta se hablará de mejora de los hábitos mediante entrevista motivacional y se entregarán hojas de información escrita.
Se citará a los niños que superen el P 75 de cualquiera de ambas variables, para nueva valoración en 6 meses.

INDICADORES

Se utilizarán como indicadores el IMC y el cociente cintura/talla, comparando los valores de la primera y la segunda visita. Se considerará resultado positivo la mejora en cualquiera de ambos parámetros por debajo del percentil 75.
Así mismo se valorará mediante escala subjetiva, la motivación y el grado de adherencia a las propuestas y compromisos adquiridos.
Al acabar el año se hará un análisis de los resultados globales para determinar la pertinencia y utilidad de la implementación del programa divulgativo en la zona de pediatría del CS.

DURACIÓN

1 de marzo 2019 a 28 febrero 2020
Lo realizará el equipo de pediatría, las 2 pediatras del centro de salud y las enfermeras que trabajan de forma fija o eventual en pediatría, con el apoyo del coordinador 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 - 2019/0782

1. TÍTULO

REVISION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL, ¿ESTAMOS MEJOR?

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE AURELIO GARCIA LOBERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAJARIN
· Localidad ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JERICO CLAVERIA LAURA
BERNAD MARTIN JOSE LUIS
GIMENO ABAD MARIA TERESA
NAVARRO SERRANO EVA MARIA
BELLOD FERNANDEZ ALFREDO
ARIZTI MARTIN ANA
ASARTA SANCHEZ FORTUN MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. El proyecto de calidad comenzo con una reunión informativa a los profesionales que componen este centro de salud en septiembre de 2019. Relizamos un pilotaje con las plantillas que ibamos a usar para octubre-noviembre, reuniendonos posteriormente para definir la plantilla definitiva. El comienzo del proyecto se postpuso por la rotacion derivada de las vacaciones de verano. Iba a coincidir la implementacion de las plantillas con el inicio de vacaciones. Actualmente hay una hoja de instrucciones por si falta algún profesional. Permite al médico sustituto saber qué debe hacer y cómo registrar en la plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Estamos recopilando datos, a partir de una plantilla unica, fotocopiada en el centro de salud y repartida a los distintos consultorios. No sabemos cual será el impacto una vez finalizado. Hemos simplificado los indicadores de 8 iniciales a 3, para que puedan registrarse diariamente, sin sobrecarga para los profesionales y facilitando la valoracion final de los datos. Esto datos van por profesional y por especialidad que participe de la interconsulta virtual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Resulta muy dificil implantar un proyecto de calidad en la consulta diaria. Obliga a que sea extremadamente sencillo para poder seguir hacia delante y no generar rechazo inicial.

7. OBSERVACIONES.

----- PROYECTO DE REFERENCIA ----- (Año 2019 N°Reg 782) -----

N° de registro: 0782

Título
REVISION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL, ¿ESTAMOS MEJOR?

Autores:
GARCIA LOBERA AURELIO, JERICO CLAVERIA LAURA, BERNAD MARTIN JOSE LUIS, GIMENO ABAD MARIA TERESA, NAVARRO SERRANO EVA MARIA, BELLOD FERNANDEZ ALFREDO, CUCALON ARENAL JOSE MANUEL, ASARTA SANCHEZ FORTUN MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CULAQUIER PATOLOGIA O ALTERACION
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: CONTINUIDAD PROCESO ASISTENCIAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace 1-2 años se está implantando progresivamente en atencion primaria la interconsulta virtual. Este programa de calidad intenta evaluar su impacto cualitativamente (satisfacción) y cuantitativamente desde el ambito de un centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Este nuevo modelo de relacion atencion primaria-especializada tiene aspectos a favor y en contra. Para los pacientes les ahorra desplazamientos y evita derivaciones inadecuadas. El medico de familia no se desliga del paciente y puede solicitar pruebas complementarias, o anular la interconsulta si la situacion del paciente ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0782

1. TÍTULO

REVISION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL, ¿ESTAMOS MEJOR?

cambiado. Atención especializada puede gestionar sus citas, así como incorporar nos peticiones a tencion primaria. Por ultimo hay una mejoría en la comunicacion bidireccional, la interconsulta virtual siempre es contestada y nos llega a nosotros.

Como aspectos en contra, es una mayor carga de trabajo en atencion primaria. Son entre 20-25 especialidades que el medico de familia ha de integrar en su agenda, para ver las contestaciones y que el paciente " no se pierda". Otro aspecto que intuimos es que la poblacion no ve el trabajo que hay detrás, ya no recibe ni papel de interconsulta ni a de ir al admisión, pudiendo percibir estas circunstancias como "peor atencion".

MÉTODO

Dentro del equipo de atención primaria unificar la forma de integrar la interconsulta virtual en nuestro trabajo diario. Cuantificar el % de interconsulta virtual. Impresion subjetiva de los medicos que trabajan en el centro de salud. Resolucion de la interconsulta, bien mediante cita del paciente o por resolucion telematica. Plantear mejoras: adjuntar fotografias, electrocardiograma, posibilidad de foro semanal-chat, que permita pregunta --respuesta.

INDICADORES

% interconsultas virtuales

% consultas solucionadas (citada o resuelta)

% interconsultas virtuales que son citadas

% contestaciones en 7 o menos dias.

Impresión subjetiva desde los profesionales de atención primaria: encuestas de satisfacción.

DURACIÓN

Primera sesion informativa en abril, donde se unificarán los criterios para recibir y procesar la interconsulta virtual en nuestra consultas diarias, así como diseñar las encuestas de satisfacción. En octubre primer corte de los indicadores y a los 11 meses indicadores y encuestas 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 - 2016/0834

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 - 2018/0323

1. TÍTULO

REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CONFIRMACION

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR JULIAN ARANDA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASCON RICARTE ISABEL
BELTROL ALGUERO PILAR
ALDANA TORNOS MARIA JESUS
LATAPIA VILLARTE CARMEN
MORENO BENITO PABLO
BENITO CORNAGO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto comenzó en abril de 2018., después de reunirse el Equipo de Admisión, se tomaron las decisiones relativas a la metodología y objetivos del mismo.
Se creó una Agenda en OMI, se llama "ENTREGA DE PARTES DE CONFIRMACION", donde los pacientes, que su médico de familia decida, que no es necesario que pase por consulta a recoger los partes, se citen en Admisión para que su médico con una cita NO PRESENCIAL, la deje en Admisión.
Desde Admisión, cuando el paciente viene a buscar su parte de confirmación, se cita en esta agenda creada para ello, y en observaciones ponemos el nº de parte que se le entrega.
Se le vuelve a citar otra cita NO PRESENCIAL para el próximo parte.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En los 10 meses de duración del proyecto se han entregado un promedio de 80 a 100 partes por semana. Unas 16 diarias, unas 400 al mes, suponen evitar un 4,5% de visitas en consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se puede comprobar que es un beneficio importante para descongestionar y agilizar las consultas de los médicos, muy sobrecargadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/323 ===== ***

Nº de registro: 0323

Título
REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CORMIRMACION

Autores:
JULIAN ARANDA MARIA PILAR, GASCON RICARTE ISABEL, BELTROL ALGUERO MARIA PILAR, ALDANA TORNOS MARIA JESUS, LATAPIA VILLARTE CARMEN, MORENO BENITO PABLO, BENITO CORNAGO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: I.L.T.
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Visualizar una actividad que se esta ya realizando por el Servicio de Admisión con objeto de hacer un control y registro de la misma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0323

1. TÍTULO

REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CONFIRMACION

RESULTADOS ESPERADOS

Citar los partes de confirmación que los médicos del Centro dejan en Admisión para entregar a los usuarios.

MÉTODO

Creamos una nueva agenda en "OMI" con el nombre de "Entrega de Partes de Confirmación" donde citaremos al usuario cuando venga a recogerlo, previa identificación con DNI o Tarjeta Sanitaria y apuntaremos el numero de parte que entregamos.

INDICADORES

Registraremos 100% de Partes.

% de Partes registrados = N° de Partes registrados/N° Total de Partes

DURACIÓN

Se evaluará a final de año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1420

1. TÍTULO

DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL GASCON RICARTE
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ QUINTAS MARIAN
LATAPIA VILLARTE CARMEN
MORENO BENITO PABLO
JULIAN ARANDA PILAR
BENITO CORNAGO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto comenzó en abril de 2018. Desde esa fecha se han convocado reuniones periódicas con los integrantes del grupo encargado del proyecto para tomar decisiones relativas a este (metodología, objetivos generales y específicos, coordinación de tareas, etc.). La actualización del archivo de historias se realizó cuando la presión asistencial era menor. En los 10 meses de duración del proyecto se comprobaron un total de 3.600 Historias clínicas de papel que abarcan los años 1913 hasta 1954 con el fin de depurar el archivo del centro de Salud Arrabal.. Se comprobó, para cada historia y una a una, la siguiente información:
1- Si el paciente pertenece al centro de salud de Arrabal.
(Se comprueba la fecha de nacimiento, hay errores de duplicidad por ello)
2- En caso de NO pertenecer al centro, a través del programa BDU, se revisó:
a. Si el paciente pertenece a otro centro de salud de la comunidad autónoma de Aragón.
b. Si el paciente pertenece a otra comunidad autónoma o si está dado de baja por caducidad o por decreto ley.
c. Si el paciente está dado de baja por fallecimiento.
Posteriormente, se clasificaron de la siguiente manera:
1- Las historias de pacientes que pertenecen al centro de salud se guardaron nuevamente en el archivo.
2- Las historias de aquellos pacientes que ya no pertenecían al centro se clasificaron en cajas por año y se almacenaron en un nuevo archivo supletorio con el fin de no mezclar las historias de pacientes en activo del centro de salud con estas otras. Si el paciente estaba dado de baja por fallecimiento, se añadía al archivo de Exitus.
Al mismo tiempo se ha creado una hoja de cálculo con la aplicación Excel donde se han separado por hojas los pacientes de exitus, otros centro y Bajas que permite registrar y facilitar el acceso a las historias de los pacientes no pertenecientes ya al centro. El registro consiste en una matriz en la que se añaden los datos de los pacientes: nombre, apellidos, etc. y se ordena por fechas de nacimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS
Hasta fecha 28/02/2019 se han revisado ...3.594
Pertenecen al centro de salud:2.499
Exitus....171
Pertenecen a otro centro de salud de Aragón.....469
De a otra C. Autónoma, está dado de baja por caducidad o por decreto ley.....351
Error de etiquetado y desechadas por otros motivos 100

LA DEPURACION DE ESTE ARCHIVO (1,100 HISTORIAS) SUPONE UN 30,55%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe un claro beneficio tanto para el servicio de admisión como para el personal sanitario, ya que se ha conseguido depurar un archivo que se encontraba colapsado, ampliándose el espacio para almacenamiento de nuevas historias y siendo más cómodo encontrar las que ya están almacenadas. Además se han encontrado errores en el etiquetado de las historias y algunas duplicadas, que gracias a este proyecto han podido ser subsanadas. Además, la creación de una hoja Excel con ciertos datos facilita la búsqueda de las historias ya separadas del archivo principal.

7. OBSERVACIONES.

Como sugerencia, se podría plantear que las historias de aquellos usuarios que están en otros Centros, se pudieran enviar al Centro que pertenezca, sin previa petición, para unificar la historia de papel del usuario. No tiene sentido que los pacientes tengan historias repartidas en diferentes Centros, por no haberlos solicitado.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1420

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1420

1. TÍTULO

DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018

===== ***

Nº de registro: 1420

Título
DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018

Autores:
GASCON RICARTE ISABEL, GONZALEZ QUINTAS MARIAN, MORENO BENITO PABLO, LATAPIA VILLARTE CARMEN, JULIAN ARANDA MARIA PILAR, BELTROL ALGUERO MARIA PILAR, BENITO CORNAGO MARIA LUISA, AZUARA BRUALLA 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: PROGRAMA ADMINISTRATIVO
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tenemos el archivo muy colapsado. En la necesidad de hacer sitio, detectamos que hay carpetas de historias de pacientes que ya no estan en el Centro o que han fallecido fuera de nuestra zona.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el espacio del archivo, retirando las historias, agrupandolas en cajas en 3 grupos: Exitus, Bajas y Otros Centros. archivadas por fecha de nacimiento.

MÉTODO
De BDU cada mes sacamos listado de los fallecimientos de usuarios de nuestro Centro. Retiramos las historias del archivo y se colocan en un archivador de Admisión (el año en curso y el anterior) archivados por fecha nacimiento. Durante los meses de menor presión de trabajo en Admisión revisamos las historias (desde 1914) hacia adelante, si no aparece en OMI, comprobamos en BDU. Y lo incorporamos en uno de los tres grupos. Exitus, Baja u Otros Centros.

INDICADORES
Indicador de Evaluación: 5000 historias en 2018.

DURACIÓN
Abordar la revisión de historias en un 25% anual, entre los meses de Junio, Julio y Agosto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1007

1. TÍTULO

DEPURACION DE CARPETAS DE DOCUMENTACION CLINICA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LUISA BENITO CORNAGO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASCON RICARTE ISABEL
ASENSIO MILLAN MARIA FERNANDA
JULIAN ARANDA MARIA PILAR
LATAPIA VILLARTE CARMEN
MORENO BENITO PABLO
ALDANA TORNOS MARIA JESUS
GONZALEZ QUINTAS MARIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto comenzó en Enero 2019. Nos reunimos para decidir la metodología, los objetivos y la coordinación de tareas. La mayor parte del trabajo se realizó en verano, cuando la presión asistencial baja un poco. Hemos repasado 3.135 Carpetas de Documentación clínica, comprobando si están en OMI, significa que sigue en nuestro Centro y la carpeta vuelve al archivo. Si no esta, vamos a BDU y comprobamos donde está o si ha fallecido. Se establecieron 3 apartados: Exitus. Otros Centros. y Baja BDU o otra C.A.
Se registran en un Excel en cada uno de los grupos por fecha de nacimiento y así también se guardan en cajas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A 31-12-2019 revisadas 3.135 Carpetas
Pertenece a nuestro Centro: 2.499
A otros Centros: 416
A otras C.A. o Bajas en BDU: 242
Exitus: 59
Errores en Etiquetado o duplicidades: 19
la depuración de nuestro archivo (3.135) supone un 29%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se está ampliando el espacio en el archivo, que estaba colapsado. Se depuran muchas historias, duplicadas o con algún error de etiquetado. Facilitando el acceso a las carpetas que estaban apretadas. Las Carpetas que se quitan del archivo, están registradas en un Excel con nombre y apellidos, ordenadas por fecha de nacimiento., para facilitar su búsqueda, en caso necesario.

7. OBSERVACIONES.

No siempre se solicitan las historias clínicas de papel de los usuarios que se desplazan a otros Centros. Deberíamos poder enviar esta documentación al Centro al que pertenece el usuario.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1007 ===== ***

Nº de registro: 1007

Título
DEPURACION DE CARPETAS DE DOCUMENTACION CLINICA

Autores:
BENITO CORNAGO MARIA LUISA, GASCON RICARTE ISABEL, ASENSIO MILLAN MARIA FERNANDA, JULIAN ARANDA MARIA PILAR, LATAPIA VILLARTE CARMEN, MORENO BENITO PABLO, ALDANA TORNOS MARIA JESUS, GONZALEZ QUINTAS MARIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1007

1. TÍTULO

DEPURACION DE CARPETAS DE DOCUMENTACION CLINICA

PROBLEMA

Detectar carpetas mal etiquetadas, usuarios que ya no estan en nuestro Centro, Usuarios que han fallecido, que ya no estan en BDU, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Archivo colapsado, necesidad de optimizar espacio para nuevas carpetas.

MÉTODO

Cada mes desde BDU, sacamos un listado de fallecidos de nuestro Centro. Retiramos las carpetas de historias, se guardan por fecha de nacimiento, y por año de fallecimiento. Cuando queda tiempo, se van revisando las carpetas, se comprueban en OMI si siguen en el Centro, si no estan en Arrabal, se mira en BDU para comprobar su situación actual. Se registran en 3 Bloques: Baja en BDU - Otros Centros - Exitus. Se guardan en cajas, archivadas por fecha de nacimiento.

INDICADORES

Indicador de Evaluación: realizar un 20% =4.000 / 20.000

DURACIÓN

Abordar la revisión de unas 4.000 carpetas de historias, durante los meses de verano, en el años 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1021

1. TÍTULO

REGISTRO DE PETICION DE AMBULANCIAS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR BELTROL ALGUERO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BELLIDO MORENO DANIEL
JULIAN ARANDA MARIA PILAR
MORENO BENITO PABLO
GASCON RICARTE ISABEL
GONZALEZ QUINTAS MARIAN
BENITO CORNAGO MARIA LUISA
LATAPIA VILLARTE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ESTE PROYECTO ESTA PENSADO PARA FACILITAR AL USUARIO Y A SU MÉDICO, LA SOLICITUD DE TRANSPORTE EN AMBULANCIA, SU REGISTRO, EL FACULTATIVO CUANDO HACE EL ANEXO LO DEJAR EN ADMISIÓN Y DESDE ADMISIÓN SE ESCANEA Y SE ENVIA ENCRIPTADO .

Se registra en un "aviso a domicilio" al facultativo, donde se pone todos los datos del paciente, día, hora, servicio y Centro a donde tiene que ir el paciente. También se registra en una agenda OMI "Ambulancias", el paciente y su médico. Cuando enviamos el Anexo, lo confirmamos en esa agenda para controlar que se han tramitado todas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde 2 de Enero al 31 de Diciembre de 2019 Se han tramitado un total de 543 ambulancias..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado ha sido bastante satisfactorio. pues se quedan bien registradas y se consigue un buen control de las mismas, con apenas errores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1021 ===== ***

Nº de registro: 1021

Título
REGISTRO DE PETICION DE AMBULANCIAS

Autores:
BELTROL ALGUERO MARIA PILAR, BELLIDO MORENO DANIEL, JULIAN ARANDA MARIA PILAR, MORENO BENITO PABLO, GASCON RICARTE ISABEL, GONZALEZ QUINTAS MARIAN, BENITO CORNAGO MARIA LUISA, LATAPIA VILLARTE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Registro, petición y tramitación de Transporte en Ambulancia.

RESULTADOS ESPERADOS
Registrar la petición de transporte en ambulancia, hacer seguimiento del Anexo y su tramitación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1021

1. TÍTULO

REGISTRO DE PETICION DE AMBULANCIAS

MÉTODO

El usuario o familiar del mismo, o una Residencia, solicita una ambulancia. Ponemos una cita al facultativo correspondiente en "Aviso a Domicilio" (con objeto de dejar constancia de todos los datos, día, hora, Servicio y Centro al que va) ponemos AMBULANCIA y los datos del Servicio a realizar.

En una Agenda OMI "AMBULANCIAS" Se registra al usuario y el médico al que se pide el Anexo.

El facultativo puede ver en su Agenda la petición de ambulancia con todos los datos, prepara el Anexo y lo deja en Admisión.

En Admisión se tramita encriptado por fax y en la Agenda OMI de ambulancias ponemos "enviada".

INDICADORES

Indicador de Evaluación : Controlar 100% de Ambulancias a tramitar por el Centro.

DURACIÓN

Se evaluará de Enero a diciembre de 2019. total de ambulancias registradas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

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

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 está 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 hincapié 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, sí que destaca la disminución del sentimiento de dependencia tanto a los fármacos como a las visitas a atención especializada. A su vez, se sienten más capacitadas a la hora de afrontar sus problemas de salud. El papel oculto como pieza de unión 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 presentado 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 - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE NURIA BORRAZ ABELLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFARGA SANTIAGO CLARA
ANDRES CASTRO SARA
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO
BATISTA GUTIERREZ SILVIA
TOLOSANA LASHERAS TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualmente, en el Centro de Salud Arrabal de Zaragoza las llamadas de urgencias y emergencias domiciliarias se realizan por los usuarios y son atendidas por administrativos del centro, los cuales avisan a los profesionales que están de guardia. Esto conlleva el abandono de la consulta. No todas las llamadas domiciliarias presentan la misma urgencia, y muchas de ellas se podrían demorar hasta que el profesional acabe su consulta, sin por ello dar un peor servicio y pronóstico. Es el paciente quien decide subjetivamente si su llamada es una urgencia y el administrativo quien la deriva como tal.

El triaje, consiste en un proceso de gestión del riesgo clínico para manejar adecuadamente y con seguridad la demanda y necesidades sanitarias de los pacientes cuando estas son superiores a los recursos disponibles. El Objetivo del estudio era implementar un protocolo de triaje telefónico para atender las urgencias y emergencias domiciliarias consiguiendo una adecuada gestión del tiempo y los recursos, así como la posibilidad de ser extrapolado a otros centros de Atención Primaria.

Para ello, primeramente, se creó una agenda exclusiva para el registro de los avisos urgentes a domicilio. Después analizamos la situación en el centro de salud Arrabal, durante los meses de Abril, mayo, junio y julio. Valorando los domicilios a los cuales se había acudido con mínima espera y sin triaje previo. (Prioridad I =Emergencia). Se realizó una sesión informativa al equipo sobre el estudio de calidad y posteriormente, a finales de julio se inició el triaje de avisos hasta finales de octubre.

Como material se elaboraron dos arboles de decisión, con preguntas sobre patologías y síntomas, uno para el servicio de admisión y otro para el de enfermería; Para ello se tomó como referencia el utilizado en el triaje del servicio 061. Usando un modelo simplificado y esquematizado con colores, para que resultara más sencillo. Se clasificaron 4 niveles de prioridad en función de la gravedad y necesidad de rapidez de actuación (Emergencia, Urgencia, Urgencia Demorable, No urgente).

Se aplicaba dicho protocolo telefónico primero por una enfermera/o en el centro de salud al recibir el aviso, asignando al aviso una prioridad determinada y se reevaluaba ya en domicilio por los profesionales que atendían el aviso. La enfermera/o que triaba el aviso era siempre la misma/o que acudía al domicilio.

Al volver al centro de salud se anotaba la prioridad del domicilio en la agenda que fue creada para el registro de avisos urgentes mientras durase el estudio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Fueron un total de 21 urgencias, teniendo en cuenta que dicho periodo del estudio no coincide con un periodo de máxima demanda y con el sesgo añadido, de que no todos los administrativos registraron los domicilios en la agenda. Según la planificación del estudio hubieran sido necesarios un número de 30 pacientes para que la muestra fuera representativa. No obstante, los datos obtenidos describen la necesidad de establecer un cambio: De estos 21 avisos, solamente 4 se consideraron como Prioridad I, por lo que 17 podrían haber sido atendidos con menor antelación sin perjudicar la evolución del paciente. Y por lo tanto, los sanitarios no habrían abandonado la consulta de los pacientes programados o urgentes en el centro.

Una vez implantado el estudio, fue enfermería quien tuvo que triar telefónicamente y registrar los datos obtenidos. Solamente se registraron un total de 15 avisos domiciliarios por enfermería, lo que supone un sesgo, ya que en realidad hubo un mayor número de avisos. De los avisos registrados solamente 4 fueron avisos asignados con Prioridad I, Emergencia (tanto telefónicamente como una vez atendido). De los demás avisos con prioridades II, III, solamente hubo un domicilio que fue asignado con una prioridad menor de la que realmente correspondía (Teléfono III, Post atención II), lo que supone un acierto del 93,5% de la muestra obtenida, un 6,5% de error

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto-piloto de triaje telefónico muestra un buen sistema de priorización y manejo del tiempo de atención, sin embargo hemos observado grandes problemas durante su implementación:

No todo el personal de enfermería está de acuerdo en participar en el proyecto y asumir el papel de triar afirmando que: "Enfermería no tiene por qué tomar decisiones que ha de tomar el médico". A pesar de saber que en el 061 es enfermería quien tria las llamadas telefónicas. Asimismo en urgencias hospitalarias todo paciente que es atendido pasa primero por una consulta enfermera de triaje.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

La mayor parte del personal de los centros de salud que llevan muchos años trabajando en el mismo, son más reacios a los cambios que la gente joven.

Muchos profesionales no quisieron involucrarse o participar, ya que el proyecto-piloto no es un proyecto oficial instaurado desde la Secretaría de Salud y supone un trabajo añadido. El estudio ha sido implementado en periodo vacacional, por lo que ha habido mucha rotación de personal tanto administrativo, como sanitario, y la información no ha sido transmitida eficazmente de unos a otros.

Por otro lado, ha habido unanimidad en la opinión de enfermería y medicina respecto a los beneficios de realizar una llamada telefónica antes de acudir al domicilio. Afirman que de esta manera van mucho más preparados al domicilio con el material necesario y la situación a la que se van a enfrentar. Asimismo, el paciente se queda mucho más tranquilo habiendo hablado con un profesional y desciende su impaciencia en la demanda.

Es un proyecto que puede mejorar notablemente la gestión de la atención domiciliaria urgente pero, como todo cambio, lleva un proceso muy largo hasta su correcta implementación. Este proyecto ha sido una toma de contacto, pero para poder ser efectivo y mejorar la calidad de la organización del centro de salud se necesitaría una serie de cambios. Por un lado, establecer como nuevo protocolo a seguir desde Dirección de El Salud, no como un proyecto-piloto; instruir al personal administrativo y sanitario semanalmente en reuniones para que no se pierda la información y reforzar la continuidad; y dar un periodo de un año hasta que se consigan los resultados esperados y sea adaptado como un mecanismo de trabajo común.

Es un proyecto que puede mejorar notablemente la gestión de la atención domiciliaria urgente, pero para ello han de estar implicados administrativos, enfermeros y médicos en un trabajo común.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/970 ===== ***

Nº de registro: 0970

Título
TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BORRAZ ABELLA NURIA, TOLOSANA LASHERAS TERESA, ANDRES CASTRO SARA, LAFARGA SANTIAGO CLARA, BATISTA GUTIERREZ SILVIA

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 domiciliarias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, en el Centro de Salud Arrabal de Zaragoza las llamadas de urgencias y emergencias domiciliarias se realizan por los usuarios desde su domicilio y son atendidas por administrativos del centro, los cuales designan a los profesionales que están de guardia en ese momento para que acudan con la mayor brevedad posible. Esto conlleva al abandono de la consulta de los usuarios programados que se encuentran a la espera y de aquellos que acuden por una urgencia al centro de salud. No todas las llamadas domiciliarias presentan la misma urgencia, puesto que muchas de ellas se podrían resolver una vez que el profesional acabe su consulta, sin por ello dar un peor servicio y pronóstico, e incluso otras, ser atendidas y solucionadas telefónicamente. El problema que realmente nos encontramos es la subjetividad del término urgencia y emergencia, ya que hasta el momento es el propio usuario quien lo determina y no un sanitario. Por ello proponemos que las llamadas urgentes sean derivadas del administrativo a una enfermera para que establezca un nivel de prioridad según el triaje telefónico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar un protocolo de triaje telefónico en el CS Arrabal para atender a las urgencias y emergencias domiciliarias consiguiendo una adecuada gestión del tiempo y los recursos, así como la posibilidad de ser extrapolado a otros centros de Atención Primaria.

MÉTODO

Se elaborará un árbol de decisión con preguntas y respuestas. Se aplicará primero el protocolo telefónico desde el centro de salud mediado por una enfermera y después de forma presencial en el domicilio por los profesionales sanitarios que atiendan la urgencia. Una vez finalizado, se comparará el nivel de prioridad asignado inicialmente por teléfono y, posteriormente, el asignado al finalizar la atención domiciliaria. Si éstos coinciden, se considerará el proyecto como válido.

INDICADORES

Coincidencia del nivel de prioridad asignado por teléfono y el resultado final.
Urgencia domiciliaria atendida satisfactoriamente según el nivel de prioridad y tiempo asignado.
Encuestas de satisfacción al usuario.

DURACIÓN

Julio 2018: Diseño e implantación del programa de triaje
Agosto 2018-Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto
Octubre 2018: Análisis de resultados y conclusiones
Noviembre 2018: Difusión del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE NURIA BORRAZ ABELLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFARGA SANTIAGO CLARA
ANDRES CASTRO SARA
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Primeramente antes de poner en acción nuestro proyecto, analizamos la situación existente en el C.S. Arrabal. Durante los meses de abril, junio y julio de 2018 registramos los avisos urgentes a domicilio a los cuales medicina y enfermería habían acudido con la mínima espera posible (prioridad I. Emergencia), puesto que previamente no se designaban distintos niveles de triage. Se elaboró un triage administrativo y otro enfermero para identificar nivel de la urgencia. Se realizaron dos sesiones para explicar al personal de admisión y enfermería como recepcionar la llamada, y los pasos siguientes para su evaluación por enfermería si es necesario y asignar el nivel de emergencia. En Julio y Agosto se hicieron los casos reales con las llamadas recibidas en el centro, y al finalizar la atención, la enfermera comprobaba si el nivel se correspondía con el asignado previamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Primeramente antes de poner en acción nuestro proyecto, analizamos la situación existente en el C.S. Arrabal. Durante los meses de abril, junio y julio de 2018 registramos los avisos urgentes a domicilio a los cuales medicina y enfermería habían acudido con la mínima espera posible (prioridad I. Emergencia), puesto que previamente no se designaban distintos niveles de triage. Fueron un total de 21 urgencias, teniendo en cuenta que dicho periodo del estudio no coincide con un periodo de máxima demanda y con el sesgo añadido, de que no todos los administrativos registraron los domicilios en dicha agenda. Según la planificación del estudio hubieran sido necesarios un número de 30 pacientes para que la muestra fuera representativa. No obstante, los datos obtenidos describen la necesidad de establecer un cambio: De estos 21 avisos, solamente 4 se consideraron como Prioridad I, por lo que 17 podrían haber sido atendidos con menor antelación sin perjudicar la evolución del paciente. Y por lo tanto, los sanitarios no habrían abandonado la consulta de los pacientes programados o urgentes en el centro. Una vez implantado el estudio, fue enfermería quien tuvo que triar telefónicamente y registrar los datos obtenidos. Solamente se registraron un total de 15 avisos domiciliarios por enfermería, lo que supone un sesgo, ya que en realidad hubo un mayor número de avisos. De los avisos registrados solamente 4 fueron avisos asignados con Prioridad I, Emergencia (tanto telefónicamente como una vez atendido). De los demás avisos con prioridades II, III, solamente hubo un domicilio que fue asignado con una prioridad menor de la que realmente era (Teléfono III, Post atención II), lo que supone un acierto del 93,5% de la muestra obtenida, un 6,5% de error

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Acorde al estudio previo de los avisos urgentes a domicilio y la propia experiencia de los profesionales del centro, que afirman que la mayor parte de los avisos que se atienden como emergencias, no lo son, se observa una necesidad de mejora de dicha organización. El proyecto-piloto de triage telefónico muestra un buen sistema de priorización y manejo del tiempo de atención, sin embargo hemos observado grandes problemas durante su implementación:
- No todo el personal de enfermería está de acuerdo en participar en el proyecto y asumir el papel de triar afirmando que: "Enfermería no tiene por qué tomar decisiones que ha de tomar el médico". A pesar de saber que en el 061 es enfermería quien tria las llamadas telefónicas. Asimismo en urgencias hospitalarias todo paciente que es atendido pasa primero por una consulta enfermera de triage.
- La mayor parte del personal de los centros de salud llevan muchos años trabajando y son más reacios a los cambios
- Muchos profesionales no quisieron involucrarse o participar, ya que el proyecto-piloto no es un proyecto oficial instaurado desde la Secretaría de Salud y supone un trabajo añadido hasta que se estableciera como costumbre de trabajo.
- El estudio ha sido implementado en periodo vacacional, por lo que ha habido mucha rotación de personal tanto administrativo, como sanitario, y la información no ha sido transmitida eficazmente de unos a otros. Por otro lado, ha habido unanimidad en la opinión de enfermería y medicina respecto a los beneficios de realizar una llamada telefónica antes de acudir al domicilio. Afirman que de esta manera van mucho más preparados al domicilio con el material necesario y la situación a la que se van a enfrentar. Asimismo, el paciente se queda mucho más tranquilo habiendo hablado con un profesional y descende su impaciencia en la demanda. Es en realidad el mismo proceso que describe el proyecto-triage, pero sin designar prioridades I, II y III, que para enfermería supone una mayor tranquilidad al "no tener que tomar decisiones". Pero a fin de cuentas, de manera verbal o de manera protocolizada, se traduce en:
Atender al paciente en el tiempo necesario según su patología y no siempre estableciendo un nivel de prioridad común a todos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/970 ===== ***

Nº de registro: 0970

Título
TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BORRAZ ABELLA NURIA, TOLOSANA LASHERAS TERESA, ANDRES CASTRO SARA, LAFARGA SANTIAGO CLARA, BATISTA GUTIERREZ SILVIA

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 domiciliarias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, en el Centro de Salud Arrabal de Zaragoza las llamadas de urgencias y emergencias domiciliarias se realizan por los usuarios desde su domicilio y son atendidas por administrativos del centro, los cuales designan a los profesionales que están de guardia en ese momento para que acudan con la mayor brevedad posible. Esto conlleva al abandono de la consulta de los usuarios programados que se encuentran a la espera y de aquellos que acuden por una urgencia al centro de salud. No todas las llamadas domiciliarias presentan la misma urgencia, puesto que muchas de ellas se podrían resolver una vez que el profesional acabe su consulta, sin por ello dar un peor servicio y pronóstico, e incluso otras, ser atendidas y solucionadas telefónicamente. El problema que realmente nos encontramos es la subjetividad del término urgencia y emergencia, ya que hasta el momento es el propio usuario quien lo determina y no un sanitario. Por ello proponemos que las llamadas urgentes sean derivadas del administrativo a una enfermera para que establezca un nivel de prioridad según el triaje telefónico.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar un protocolo de triaje telefónico en el CS Arrabal para atender a las urgencias y emergencias domiciliarias consiguiendo una adecuada gestión del tiempo y los recursos, así como la posibilidad de ser extrapolado a otros centros de Atención Primaria.

MÉTODO
Se elaborará un árbol de decisión con preguntas y respuestas. Se aplicará primero el protocolo telefónico desde el centro de salud mediado por una enfermera y después de forma presencial en el domicilio por los profesionales sanitarios que atiendan la urgencia. Una vez finalizado, se comparará el nivel de prioridad asignado inicialmente por teléfono y, posteriormente, el asignado al finalizar la atención domiciliaria. Si éstos coinciden, se considerará el proyecto como válido.

INDICADORES
Coincidencia del nivel de prioridad asignado por teléfono y el resultado final.
Urgencia domiciliaria atendida satisfactoriamente según el nivel de prioridad y tiempo asignado.
Encuestas de satisfacción al usuario.

DURACIÓN
Julio 2018: Diseño e implantación del programa de triaje
Agosto 2018-Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto
Octubre 2018: Análisis de resultados y conclusiones
Noviembre 2018: Difusión del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1498

1. TÍTULO

EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ROSA MAGALLON BOTAYA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUAN GERMAN MARIA LUISA
DOMINGUEZ GARCIA MARTA
VERA COLAS MARINA
LOREN BLAS SILVIA
CERRADA ENCISO LUCIA
LACORT BELTRAN EVA
GALLEGO ROYO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se tuvo una reunión de coordinación con la asociación de vecinos Tío Jorge para conocer el interés de la comunidad con respecto al saber más sobre las voluntades anticipadas y el derecho a una muerte digna. A partir de ahí se programaron 4 sesiones: 3 en la misma Asociación de Vecinos y 1 en el Centro de Salud. De las 4 sesiones, quedan pendientes 2 programadas en marzo y abril de 2019, antes de las fiestas del barrio, tal y como se había consensuado.

El contenido de la actividad fue: conceptos generales sobre la muerte digna y las voluntades anticipadas, legislación al respecto, procedimiento para la solicitud de éstas, y ruegos y preguntas. Duración aproximada de 2 horas. Se han repartido dípticos informativos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera reunión realizada en la Asociación de Vecinos acudieron alrededor de 40 personas, que mostraron gran interés acerca de las voluntades anticipadas, con escaso conocimiento previo del tema. La satisfacción de los participantes fue muy alta, creándose un clima de debate participativo en torno a las situaciones personales de cada uno. Ante la demanda creada quedan dos sesiones pendientes.

Se ha realizado también una sesión en el Centro de Salud para los profesionales sanitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo ha contrastado que a pesar de ser un tema que debería conocer, no tenemos suficiente base de conocimiento, ni individual ni para poder informar a los pacientes que puedan estar interesados. Tras las últimas sesiones que quedan programadas se consultará con el registro si se observa un incremento de las voluntades anticipadas en la población que abarca nuestro Centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1498 ===== ***

Nº de registro: 1498

Título
EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD

Autores:
MAGALLON BOTAYA ROSA, JUAN GERMAN MARISA, DOMINGUEZ GARCIA MARTA, VERA COLAS MARINA, LOREN BLAS SILVIA, CERRADA ENCISO LUCIA, LACORT BELTRAN EVA, GALLEGO ROYO ALBA

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: educación sanitaria
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1498

1. TÍTULO

EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD

La implantación de las voluntades anticipadas dió un paso para mejorar la accesibilidad de los usuarios a recoger sus inquietudes en su final de vida. Sin embargo, el número de personas que las ha solicitado es escaso y que puede ser debido a la dificultades de acceso o falta de información a los usuarios de como solicitarlos, las implicaciones y el derecho de revocamiento-
Además, parece importante iniciar el debate social ante el final de la vida, debido a los posibles cambios legislativos que se van a llevar a cabo dentro de la Unión Europea en los próximos años. Informar de los cuidados paliativos o de la ayuda que pueden ofrecer los profesionales del centro de salud tanto al familiar enfermo como a los acompañantes puede ayudar a a mejorar la relación equipo de salud-paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la ayuda de la asociación de vecinos del barrio, inicialmente se van a conocer las inquietudes de los usuarios para posteriormente gestionar una formación abierta a toda la población de la zona de salud sobre la calidad asistencial al final de la vida.
Esta pregunta es obligatoria.

MÉTODO

El plan inicial es realizar 2 charlas informativas en la asociación de vecinos sobre las voluntades anticipadas, tanto de gestión como de las implicaciones que estas supone.
Posteriormente, en dependencia de las dudas que hayan surgido, se podrá aumentar el número de charlas para alcanzar el mayor número de población.
Finalmente, se organizará un debate entorno al buen morir para conocer las inquietudes de la población de la zona de salud entorno a las fiestas del barrio.
Esta pregunta es obligatoria

INDICADORES

- Número de usuarios de las charlas previstas.
- Satisfacción de los usuarios.
- Numero de nuevas voluntades anticipades de los pacientes de la zona de salud dependiente del centro de salud.

DURACIÓN

Curso 2018/2019
- Desde Septiembre de 2018 hasta Junio de 2019.
Finalizará con las fiestas del barrio del Arrabal

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1529

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARINICOS EN CENTRO DE SALUD, CON CONTROL VENOSO DE INR. PROPUESTAS DE MEJORA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR NOVELLA ABRIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAGALLON BOTAYA ROSA
DOMINGUEZ GARCIA MARTA
IMAZ FANDOS JULIA
MOLINA LORENTE TERESA
LOREN BLAS SILVIA
VERA COLAS MARINA
CERRADA ENCISO LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De la población que abarca el centro de salud, existe un gran porcentaje de pacientes en tratamiento con anticoagulantes dicumarínicos, tras indicación por patologías como fibrilación auricular. Desde atención primaria, la medición de INR CAPILAR ha mejorado la accesibilidad de la población, la calidad de vida de los pacientes y mayor empoderamiento. Sin embargo, sigue existiendo pacientes que reciben valoración de INR en sangre periférica, realizado a nivel hospitalario realizando extracción en CS o en domicilio del paciente.

Se ha realizado un estudio descriptivo de los pacientes tratados con dicumarínicos y control venoso periférico en nuestro centro de salud. Se estudió el número de pacientes en tratamiento con dicumarínicos, el número de pacientes que realizar control venoso de INR en sangre periférica (sea de manera temporal o permanente) y el motivo por el que continuaban este tipo de control venoso en lugar de capilar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 413 pacientes han seguido tratamiento con dicumarínicos en 2018. De ellos, 42 pacientes (el 9,8%) han llevado control de INR en sangre periférica bien sea con carácter permanente o temporal. 22 mujeres y 20 hombres. Edad media de 72 años.

La indicación de toma de dicumarínico más frecuente es la fibrilación auricular, seguido de cardiopatía isquémica, enfermedad valvular y trombosis venosa profunda. Esta última especialmente en población joven.

En el 43% de los casos que llevaban control venoso del INR no tenían indicación para el mantenimiento de este método de control; el 46% de los casos la indicación fue temporal cambiando posteriormente a control capilar; y no se conoce la indicación del control venoso en el 11%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha observado que gran parte de los casos sin indicación de control venoso lo llevaban por la falsa creencia de los profesionales sanitarios de que el control en sangre periférica es más seguro que el capilar.

A partir de estos resultados se realizó una sesión clínica e informativa en el Centro de Salud. Todo el equipo médico y enfermero se ha comprometido a revisar sus casos para disminuir el control de INR en sangre periférica, que ocasiona más molestias a los pacientes. Además el control en sangre capilar permite un seguimiento más estrecho en consulta de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1529 ===== ***

Nº de registro: 1529

Título
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARINICOS EN CENTRO DE SALUD, CON CONTROL VENOSO DE INR. PROPUESTAS DE MEJORA

Autores:
NOVELLA ABRIL PILAR, MAGALLON BOTAYA ROSA, DOMINGUEZ GARCIA MARTA, LOREN BLAS SILVIA, MOLINA LORENTE TERESA, VERA COLAS MARINA, CERRADA ENCISO LUCIA, IMAZ FANDOS JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1529

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARINICOS EN CENTRO DE SALUD, CON CONTROL VENOSO DE INR. PROPUESTAS DE MEJORA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de la zona de salud de la población del centro de salud, existen un gran porcentaje de pacientes en tratamiento con anticoagulantes dicumarínicos, tras indicación por patologías como fibrilación auricular. Desde atención primaria, la medición de INR CAPILAR ha mejorado la accesibilidad de la población, la calidad de vida de los pacientes y mayor empoderamiento. Sin embargo, sigue existiendo pacientes que reciben valoración de INR en sangre periférica, realizado a nivel hospitalario realizando extracción en CS o en domicilio del paciente. Por ello, se pretende realizar un estudio descriptivo de los pacientes tratados con dicumarínicos y control venoso periférico en nuestro centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer los pacientes que continúan con control venoso, para realizar propuestas de mejora.
Disminuir el porcentaje de pacientes que requieren esta opción

MÉTODO
Conocer el número de pacientes en tratamiento con dicumarínicos.
Conocer el número de pacientes que realizar control venoso de INR en sangre periférica.
Conocer el motivo por el que continúan este tipo de control venoso.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes con control de INR en sangre venosa respecto al total de pacientes en tratamiento con Sintrom.
En dependencia de los resultados, se realizarán propuestas de mejora y valoración de nuevo de porcentaje para comprobar aumento o disminución del número de pacientes.

DURACIÓN
Hasta Diciembre de 2018 - obtención de datos.
De Enero a Marzo - Evaluación de propuestas de mejora.
Abril a Junio - Nueva valoración para ver resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0922

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PÉRDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA DOMINGUEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAGALLON BOTAYA ROSA
JABAL CALVILLO RAQUEL
BUÑUEL ASIN CELIA
MONREAL ALIAGA ISABEL
GASCON DEL PRIM ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras reevaluación del proyecto, y en relación a las necesidades detectadas previamente al comienzo de éste, se decidió dirigir la actividad a pacientes con dolor de espalda en lugar de pacientes con obesidad. Se realizaron sesiones de espalda sana en una sala del centro de salud divididas en tres partes: calentamiento, ejercicios específicos para fortalecer la musculatura de la espalda, y vuelta a la calma con estiramientos. Complementando con educación en higiene postural. Además, para que el programa fuera efectivo y la frecuencia de entrenamiento alta, se les entregaron pautas para realización de ejercicios de forma autónoma. Se establecieron 6 grupos, que realizaron un total de 10 sesiones de 1 hora de duración a lo largo de 5 semanas (2 sesiones semanales). La muestra inicial, realizada mediante muestreo por conveniencia, fue de 80 personas, de las cuales aceptaron finalmente participar 59. Sin embargo, de ellas completaron la actividad 40 (14 no acudieron al 80% de las sesiones y 5 no pudieron acudir a la medición final). Fueron los pacientes los que tuvieron que aportar su propia esterilla, toalla, bandas elásticas y ropa cómoda. Se realizó medida de las variables incluidas a estudio pre y post intervención. Estas variables fueron: edad, sexo, comorbilidades, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), masa músculo esquelética (mediante impedanciometría), grado de actividad física (cuestionario IPAQ), localización del dolor (cervical, dorsal, lumbar o combinado) e intensidad de éste (mediante escala visual analógica, EVA). Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas continuas mediante media y desviación estándar (DE), y de las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Posteriormente análisis bivariante con las variables pre y post-intervención. Se utilizaron para la comparación de medias, en las variables paramétricas t student para muestras relacionadas y en las variables no paramétricas la prueba de Wilcoxon; considerando significación estadística si $p < 0,05$.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados se midieron con la muestra final de los 40 participantes que completaron la actividad, excluyendo los demás. La mediana de edad fue de $54,77 \pm 13,34$ DE años, siendo 34 mujeres (85%) y 6 hombres (15%). Altura media de $160,03 \pm 6,49$ DE cm. En cuanto a comorbilidades, había 10 hipertensos, 6 dislipémicos y 3 diabéticos. La localización del dolor era principalmente lumbar y cervical, distribuido de la siguiente manera: el 45% dolor lumbar (N=18), el 35% dolor cervical (N=14), el 7,5% dolor cervical y lumbar (N=3), otro 7,5% dolor cervico-dorso-lumbar (N=3) y el 5% dolor dorsal (N=2). La medición de la EVA preintervención fue de $6,13 \pm 2,17$ DE, siendo tras la intervención de $3,97 \pm 2,24$ DE. En el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ), que mide el nivel de actividad realizada en los últimos 7 días, los resultados en la muestra antes de la intervención fueron: 9 realizaban actividad física leve, 24 moderada y 7 intensa; cambiando esta distribución postintervención a: 6 realizaban actividad física leve, 27 a moderada y 7 intensa. El peso de la muestra pre intervención fue de $70,18 \pm 14,25$ DE kg, y en la muestra postintervención de $69,81 \pm 14,09$ DE kg. Calculando el IMC, previamente a la intervención fue de $27,49 \pm 5,92$ DE kg/m^2 (67,70% de los participantes presentaban sobrepeso u obesidad) y en la muestra postintervención $27,34 \pm 5,84$ DE kg/m^2 . Por último, la masa músculo-esquelética previa a la intervención era de $22,95 \pm 3,75$ DE kg, mejorando en la muestra postintervención a $23,25 \pm 3,79$ DE kg/m^2 . En el análisis comparativo de las variables modificables pre y postintervención se observaron diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$ en la intensidad del dolor medido con la EVA y en la masa músculo-esquelética; sin encontrar mejoría estadísticamente significativa en el peso ni el IMC. Se evaluó también la satisfacción de los participantes mediante una encuesta final. Como opinión general, 17 participantes calificaron la actividad como muy buena, 22 como buena y 1 como normal. 22 de ellos consideraron la intervención de duración corta, 5 como muy corta y únicamente 13 como adecuada. El 100% respondió que le gustaría participar en futuros programas de la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de las limitaciones del proyecto, como son el pequeño tamaño de la muestra, la corta duración de la actividad o la falta de grupo control y de aleatorización; se han objetivado resultados significativos en la mejora de la intensidad del dolor, tan importante en la calidad de vida de nuestros pacientes, así como en la masa músculo esquelética. Además, la satisfacción de los participantes ha sido buena o muy buena, así como la valoración por parte del equipo; que considera de gran interés la continuación del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0922

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PÉRDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/922 ===== ***

Nº de registro: 0922

Título
INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PERDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL

Autores:
DOMINGUEZ GARCIA MARTA, MAGALLON BOTAYA ROSA, VERA COLAS MARINA, LOREN BLAS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inactividad física ocupa el cuarto lugar entre los factores de riesgo de mortalidad mundial, siendo responsable de alrededor de un 6% de las muertes globales, de 3 a 5 millones anuales. En países desarrollados esta cifra alcanza el 8%, siendo sólo superada por el tabaquismo, la hipertensión arterial y la obesidad, las dos últimas también asociadas a la inactividad física. A pesar de los ya conocidos efectos beneficiosos, al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. La inactividad física es un factor de riesgo independiente y modificable de enfermedades no transmisibles comunes, y estas enfermedades son en la actualidad la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo.

Se ha demostrado que los programas de ejercicio a medida, individualizados para cada paciente, consiguen mayor participación y satisfacción que los programas estandarizados; así como mayor eficacia para lograr las adaptaciones que mejoran la condición física y, por tanto, para el beneficio de la salud. Además, los programas integrados con los agentes activos de la comunidad tienden a ser más persistentes en el tiempo a la hora de cumplir su objetivo de que las personas incorporen estilos de vida saludable a su propia rutina de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es iniciar un programa de actividad física y de formación en alimentación saludable dirigida a pacientes obesos o con sobrepeso. Evaluar los efectos que dicho programa efectúa tanto a nivel de salud como de satisfacción personal y de continuidad en la adquisición de hábitos.

Objetivos específicos:
- Evaluar la evolución de variables físicas estudiadas (índice de masa corporal, peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, valores de la impedanciometría)
- Evaluar el cambio en la relación con la comida en la escala de comer emocional.
- Evaluar la adherencia al ejercicio físico
- Evaluar la incorporación del ejercicio físico a su estilo de vida
- Evaluar la satisfacción con el programa

La población diana del proyecto es aquella población adulta usuaria de la zona de salud del Arrabal, con sobrepeso u obesidad (IMC= 25 kg/m²), que acepte participar en el programa y que no presente contraindicación para la realización de ejercicio físico.

MÉTODO
El programa de pérdida de peso se basará en un entrenamiento aeróbico complementado con trabajo de fuerza. La parte aeróbica la llevaremos a cabo en el parque Tío Jorge y la correspondiente a la fuerza en una sala del centro de salud. Para que el programa sea efectivo la frecuencia de entrenamiento debe ser alta, por lo que se les entregarán unas pautas a los sujetos para que realicen actividad física de forma autónoma, debido a que solo habrá una sesión dirigida a lo largo de la semana, de una hora de duración. Este programa de pérdida de peso se complementará, además, con la realización semanal de dos actividades formativas sobre dieta saludable y mindfuleating, ambas de una hora de duración.

INDICADORES
Los indicadores del proyecto son: talla, peso, índice de masa corporal, impedanciometría, tensión arterial, frecuencia cardíaca en reposo, percepción de estado de salud, grado de actividad física, relación con la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0922

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA Y PÉRDIDA DE PESO EN EL BARRIO DEL ARRABAL

comida.
Los datos necesarios serán obtenidos mediante un interrogatorio con el paciente o mediante una medición de sus variables físicas antes y después de realizar la actividad, sin acceso a la historia clínica del paciente. Cada sujeto actuará como su propio control con la medición de las variables en tres tiempos: antes de la intervención, nada más terminar la misma a los tres meses y al año de iniciada la actividad. Se esperan notables beneficios para los participantes dado que está demostrado que el ejercicio físico mejora la salud, así como la información psicológica y nutricional que puedan recibir.

DURACIÓN
La intervención tendrá una duración de 3 meses y las variables a estudio serán recogidas prospectivamente en 3 ocasiones: antes de iniciar la intervención (Febrero 2019), inmediatamente tras finalizar la intervención (Mayo 2019) y un año después del inicio de la intervención (Febrero 2020).
Las sesiones de actividad física serán de una hora de duración, una vez por semana. Serán impartidas por una estudiante del grado de actividad física y del deporte como parte de sus prácticas del grado. Las sesiones formativas sobre dieta saludable serán impartidas por una de las participantes del equipo de mejora, MIR de MFyC y diplomada en nutrición y dietética. Las sesiones formativas sobre mindfulness serán impartidas por un licenciado en psicología, colaborador del proyecto. La medición de las variables de interés en los tres tiempos ya indicados serán realizadas por el equipo de mejora de atención primaria del Centro de Salud. La investigadora principal será la encargada de la coordinación de las reuniones, las sesiones y el buen funcionamiento del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1089

1. TÍTULO

EDUCACIÓN EN MANIOBRAS DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA PARA LACTANTES Y ESCOLARES OVACE Y RCP

Fecha de entrada: 27/01/2020

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.
UGARTE CENTENO ISABEL
ALDANA TORNOS MARIA JESUS
BELLIDO MORENO DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El numero de talleres realizados han sido 9, con una periodicidad casi mensual, cumpliendo claramente el objetivo propuesto de 4 cada semestre.

El tiempo invertido en realizar el proyecto, ha sido de 17 horas en horario laboral y 5 fuera del horario laboral, 5 talleres en horario de mañana, y 4 en horario de tarde, de los cuales 2 fuera del horario laboral. El tiempo invertido para su preparación, difusión, registro y evaluación han sido alrededor de 10 horas. Todas ellas fuera del horario laboral.

El lugar utilizado ha sido el centro de salud Arrabal y el colegio Tio Jorge de Zaragoza.

Los recursos empleados han sido:

- Una presentación específica para el proyecto.
- Ordenador portátil y pantalla
- Muñecos bebés para la realización de la práctica.
- Gasas para higienizar la práctica de insuflación en muñeco.

El proyecto y las actividades se han dado a conocer al equipo mediante una reunión con los profesionales y a la población se ha difundido mediante cartelera en el centro y a través del blog osinteresa.com

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º.- Se han realizado todos los talleres planteados y alguno más.

2º.- El numero de asistentes ha sido de 135, con una media de 15 padres, madres, monitores de colegio y profesores, por sesión.

3º.- Se han recogido 108 encuestas en el momento de realizar la actividad. Los resultados obtenidos han sido:

- Nota media del 9,63 sobre 10 Creen que los contenidos del taller son interesantes.
- Nota media del 8.87 sobre 10 Creen que el horario es el adecuado.
- Nota media del 8,95 sobre 10 Consideran que el tiempo de la actividad es suficiente.
- Nota media del 9,48 sobre 10 Les ha parecido amena la actividad.
- Nota media del 9.41 sobre 10 Consideran que esta actividad le va a ayudar a resolver las situaciones que plantea el taller.
- Nota media del 9,65 sobre 10 Recomendarían a otros padres esta actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- En la importancia del medio de difusión ha sido tan importante la difusión en centro de salud, como el centro de salud como de otros medios.

2.- La informatización de la actividad, nos ha permitido disminuir mucho el tiempo de difusión y evaluación de la actividad, aunque puede que disminuya algo el numero de encuestas.

3.- El disponer este año de muñecos a través de la Dirección de Enfermería, ha hecho más ágil la organización del número de talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1089 ===== ***

Nº de registro: 1089

Título
EDUCACION EN MANIOBRAS DE ATENCION A LA EMERGENCIA PARA LACTANTES Y ESCOLARES. OVACE Y RCP

Autores:
FRANCES PINILLA MARINA, UGARTE CENTENO ISABEL, ALDANA TORNOS MARIA JESUS, BELLIDO MORENO DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1089

1. TÍTULO

EDUCACIÓN EN MANIOBRAS DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA PARA LACTANTES Y ESCOLARES OVACE Y RCP

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Atención Comunitaria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mayoría de los ciudadanos adultos no son capaces de reconocer una parada cardiorespiratoria y hacer una RCP eficaz, se ha demostrado que las maniobras de RCP se deben de realizar de inmediato ya que puede cuadruplicar la supervivencia de lactantes y duplicarla en adultos. Las maniobras de OVACE deben de ser inmediatas y deben de ser realizadas por las personas a cargo de los lactantes y escolares. Todo ello hace que sea fundamental fortalecer la cadena de supervivencia. Por otro lado hay un gran interés por parte de padres y educadores en que se proporcione esta educación.

RESULTADOS ESPERADOS
Educar en maniobras de atención urgente RCP y OVACE a educadores y padres en colegios, guarderías y usuarios de los centros de salud de Zaragoza que así lo soliciten

MÉTODO
Educación en forma de sesiones practicas con muñecos, tanto en colegios, como guarderías y en el propio centro de salud. Explicando la teoría (presentación con diapositivas y videos) y poniendola en practica con los asistentes. Duracion aproximada de cada sesion educativa 2 horas

INDICADORES
Encuesta de satisfacción de los asistentes

DURACIÓN
Realizar al menos 4 sesiones cada semestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1147

1. TÍTULO

TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA TOLOSANA LASHERAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARRABAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALDANA TORNOS MARIA JESUS
DUESO LACORT NIEVES
LEAL GARCIA ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El número de talleres realizados han sido 12, con periodicidad mensual cumpliendo el objetivo planteado.

Los recursos utilizados han consistido:

* Una presentación específica para el proyecto

* Portátil y pantalla

* Sala habilitada con mesas para comer.

* Material desechable para la comida.

* Alimentos preparados de forma adecuada, que se han encargado de traer los padres, según las indicaciones que se les daban previamente.

* El tiempo invertido en realizar la actividad ha sido de 36 horas. Un 75% dentro de horario laboral y un 25% fuera de ella.

* El tiempo para su preparación, difusión, registro y evaluación han sido alrededor de 30 horas, todas ellas fuera del horario laboral

El proyecto y las actividades se han dado a conocer al equipo mediante una reunión con los profesionales.

A la población se ha difundido mediante cartelera en el centro y a través del Blog osinteresa.com

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º Se han realizado todos los talleres planteados

2º El número de asistentes ha sido de 163.

Da una media de 13,58 cuidadores- abuelos, por sesión

Esta asistencia, esta un poco por encima de los 12 planteados, por sesión

3º Se han registrado 112 encuestas en el momento de realizar la actividad.

Los resultados obtenidos:

* Las tres formas mayoritarias de conocer la actividad han sido:

A través de otros padres -35

A través del Centro de salud- 28

A través del Blog "osinteresa.com" 25

* Los ítems mejor valorados han sido los contenidos del taller, el tiempo de desarrollo, amenidad, ayudar a resolver situaciones planteadas, y que la recomendarían a otros padres.

La valoración de estos enta entre 9,4 y 9,9

*El ítem menos valorado ha sido el horario con un 8,1

4º Se ha realizado una encuesta a los meses de realizar la actividad, con solo tres preguntas, con el objetivo de conocer la autonomía que les ha aportado tanto a los padres como a los niños.

el 72,2 % Valoraron como 10 la autonomía que les proporcionó a los padres.

66,7 % Valoraron como 10 la autonomía que les proporcionó a los niños.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1º El medio de difusión que mejor funciona es el "Boca a Boca"

2º La informatización de la actividad, nos ha permitido disminuir mucho el tiempo de difusión y evaluación de la actividad, aunque puede que disminuya algo el número de encuestas.

3º La valoración a los meses de realizar la actividad ha sido posible gracias a la posibilidad de enviar encuestas a través de los correos electrónicos que los padres nos facilitaron.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1147 ===== ***

Nº de registro: 1147

Título
TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1147

1. TÍTULO

TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"

Autores:

TOLOSANA LASHERAS TERESA, ALDANA TORNOS MARIA JESUS, DUESO LACORT NIEVES, LEAL GARCIA ENCARNA

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

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Desde hace unos cinco años las recomendaciones sobre alimentación complementaria en la infancia estan sufriendo grandes cambios.

El BLW o como podriamos traducir. "aprendiendo a comer solito" o "alimentación regulada por el propio bebé" esta teniendo una amplia difusión, entre los padres con bebés de menos de un año.

Lejos de ser una moda, estudios de mucha solvencia y todas las sociedades científicas de pediatría lo valoran como un buen método de iniciación a la alimentación complementaria, que desde el año 2002 la OMS recomienda iniciar a los 6 meses. En esta edad los bebés ya son capaces de ir iniciando el manejo de la comida.

Este método se basa fundamentalmente de pasar de la lactancia a la comida a trocitos o simplemete machacada y que sea el propio bebé el que se la lleve a la boca.

Rompe pues con las tradicionales recomendaciones de dar papillas a los niños.

En el centro de Salud Arrabal, no pretendemos desterrar las papillas de la alimentación infantil, pero sí, darles a las madres las herramientas para que puedan abordar la alimentación de sus bebés de la manera que les resulte más agradable tanto para ellas como para sus niños.

No son pocos los bebés que se resisten a tomar papillas, los padres terminan por forzar a que coman, con el resultado de niños que rechazan la comida, desde los inicios, en el primer año de vida y por lo tanto se convierten en los famosos "malos comedores".Este método es una alternativa con mucho éxito para estos casos.

En el año pasado valoramos que la explicación teórica, se quedaba un poco justa, las madres se sentian muy inseguras en sus casas por miedo al atragantamiento. Es por ese motivo, que decidimos iniciar unos talleres donde no solo diéramos nociones teóricas sobre el mismo, sino que también los niños manipularan y se llevaran a la boca la comida sin triturar.

Esta práctica, imposible de ofrecer en las consultas, tiene en el grupo un marco inigualable en el formato grupal, ya que los padres al observar, no solo viendo comer a su pequeño sino, también cómo lo hacen los demás, les dá mucha más confianza.

Al ser una actividad grupal con formato taller, el número de padres y bebes que pueden acudir al mismo está limitado, por lo que los padres deben apuntarse a esta actividad.

Tanto la comunicación de la actividad,el enlace para inscribirse y la valoración del mismo, se realiza a traves del blog osinteresa.com.

RESULTADOS ESPERADOS

1º Dar a conocer el metodo BLW de forma práctica, intentando superar el miedo de los padres a dar alimentos sólidos.

2º Dar una alternativa a aquellos bebés que rechazan las papillas y que suponen un auténtico drama en las comidas familiares, evitando la típica queja de "mi niño no me come"

3º Dar indicaciones a los padres de cómo actuar ante un atragantamiento, que en general se produce por objetos ajenos a la comida.

4º Conseguir más autonomía y capacidad de decisión a los padres en temas de alimentación.

5º Aumentar la destreza y sociabilización de los bebés, ya que comparten la comida en familia.

MÉTODO

Se realizarán un mínimo de un taller mensual en horario de 15h a 17h el 3er miércoles de cada mes, aumentando la oferta en función del número de padres que quieran realizarlo

Cada taller los formaran como maximo 12 bebes que podrán venir acompañados de 2 adultos

El taller se compondrán de tres grandes bloques:

1º Un bloque teórico de duración aproximada de 45 minutos.

2ºUn segundo bloque donde los papás o cuidadores podrán ofrecer la comida que hayan traído, ayudaremos a solventar dudas sobre que tipo de alimentos, tamaño y cocinado de los mismos, para que resulten seguros y evitar atragantamientos

3º Un tercer bloque con las maniobras recomendadas para casos de atragantamiento.

INDICADORES

1º Realizar la actividad en la frecuencia programada.

1ª Número de padres que acuden a los talleres.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1147

1. TÍTULO

TALLERES PRACTICOS "APRENDER A COMER SOLITO"

- 2º Valorar la autonomía conseguida mediante encuesta que se remitirá a los padres a los tres meses de realizar el taller, al correo electrónico que nos faciliten.
- 3º Encuesta de satisfacción de la actividad.
- 4º Número de entradas a la inscripción del taller desde el blog "osinteresa.com", valorando la demanda del mismo.

DURACIÓN

De septiembre de 2018 a agosto de 2019.

Taller mensual que se ofertará a la población fundamentalmente a través del blog "osinteresa.com" la responsable de su implantación será la misma que la responsable del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1520

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 RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 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 servicion 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 enfermeria, 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/repetición 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 - 2018/0105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA
SORA USON OLGA
FUSTERO FUSTERO MARIA ISABEL
CLERENCIA CASORRAN CARLOS
LLAMAS AGUNDEZ ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha establecido la interconsulta virtual en neumología en el 100% de los centros de salud del Sector I.
- Se ha creado una Consulta Monográfica Deshabitación Tabáquica en Sector I.
- Se han impartido sesiones en todos los centros de salud del sector sobre el adecuado registro en OMI de las actividades realizadas en el protocolo de epoc y tabaco.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha establecido la interconsulta virtual en neumología en el 100% de los centros de salud del Sector I.
- Se ha creado una Consulta Monográfica Deshabitación Tabáquica en Sector I.
- El indicador "registro del Hábito Tabáquico", obtenido desde el CM de Crónicos del SALUD, mostraba inconsistencias de frecuencia esperadas.
Se detectó que este indicador está sujeto a restricciones temporales, ya que el acto registrado "Si" o "No" tiene caducidad anual. Este resultado del "CM de Crónicos" solo mostraría a aquellos usuarios que hubieran consultado en el último año y en el que el profesional hubiera revisado el estado del registro de su hábito tabáquico. Lo que a los profesionales sugirió que el indicador del CM infra-estimaba en gran magnitud el registro real en OMI-AP. Dado que el objetivo implícito es determinar en qué grado los profesionales sanitarios del EAP actúan a través de la entrevista y el registro en HC de AP del hábito de los usuarios, se decidió realizar una consulta estructurada a la base de datos del OMI contra el DGP "Hábito Tabáquico". El resultado fue de 64811 registros históricos en 23315 usuarios diferentes; 16327 de ellos con registro "no habito" y 6988 "sí habito": 70% no fumadores y 30% sí. Un dato relevante es que ambos grupos de población de media han sido interrogados por su médico de cabecera al menos 3 veces en los últimos años, (los casos extremos hasta en 18 ocasiones).
- En relación con item "prevalencia de epoc", para un centro con 33000 usuarios y una "prevalencia de epoc" ----(según el CM) de 549, se ha detectado que la actividad registrada ha pasado de 4 a 10 registros en un año.
- Indicador síntomas respiratorios y limpieza de vías aéreas: Ambos indicadores han incrementado, pero en una magnitud ínfima. Síntomas: 92 casos (2017) < 96 casos (2018)
Vías: 98 (2017) < 108(2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades y objetivos planteados cuya responsabilidad dependía exclusivamente de las personas responsables del proyecto se han cumplido al 100%.

En relación con las actividades que en las que participan el resto de los miembros del equipo de atención primaria:

1. Se puede considerar que la actividad de los profesionales del EAP en relación con el hábito tabáquico es elevada, dada la alta frecuencia y el alto promedio individual de registros por usuario, con las especiales características de continuidad y longitudinalidad de la AP y la cercanía de los profesionales a sus usuarios ya supone un alto conocimiento de sus hábitos, pero su elevado registro confirma además el compromiso profesional.
2. En relación con item "prevalencia de epoc", para un centro con 33000 usuarios y una "prevalencia de epoc" ----(según el CM) de 549, no parece una gran actividad el incrementar 4 y 10 registros en un año.
3. Con respecto a los Indicadores "Síntomas" y Vías Aéreas" en estos dos servicios la actividad registrada ha sido mínima, solo 10 casos, y un resultado % comparado con sector y Aragón muy mejorable.
Por todo ello pensamos que para modificar la actitud de los profesionales sanitarios en la modificación del registro de actividades, no es suficiente con dar una o dos sesiones en el centro sobre dicho tema, haría falta un programa a lo largo de años de concienciación de los profesionales, tal y como se muestra en registro del hábito tabáquico que ha aumentado significativamente.
En nuestra opinión, la actuación vs. registro sobre la EPOC desde atención primaria es todavía muy baja, los profesionales sanitarios no se encuentran en los centros de salud suficientemente concienciados/motivados sobre la importancia del control periódico de dicha enfermedad crónica, no se ha asumido en atención primaria que el control periódico del paciente EPOC tiene la misma importancia que el control del paciente hipertenso o diabético y requiere el mismo tipo de seguimiento tanto por parte de medicina como de enfermería.
No obstante, habría que obtener información complementaria de los profesionales para averiguar qué "explica" esta baja cobertura %.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/105 ===== ***

Nº de registro: 0105

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA, SORA USON OLGA, FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el sector I de Zaragoza se ha detectado un bajo registro tanto de la prevalencia de EPOC, como de consumo de tabaco. Del mismo modo el registro de las actividades de enfermería tanto en el seguimiento de la EPOC con el registro de síntomas respiratorios y el uso adecuado de inhaladores está muy por debajo del esperado. Pensamos que pueden ser multifactoriales las circunstancias que motivan dicho infraregistro. En primer lugar, pensamos que en parte se trata de una inadecuada codificación/registro en OMI, es decir, pacientes que comienzan son síntomas respiratorios, tos, expectoración... y en un primer lugar se codifica, el proceso por el síntoma correspondiente, pero cuando se llega al diagnóstico definitivo de EPOC en lugar de crear un nuevo episodio de EPOC, se sobrescribe sobre el/los síntomas iniciales. Otro de los posibles motivos es la hasta ahora importante lista de espera en servicio de neumología. El infraregistro de las actividades de enfermería de igual modo pensamos que es fundamentalmente por no señalar el lugar correspondiente de la actividad realizada, escribiendo dicha actividad en texto libre. El infraregistro de consumo de tabaco, pensamos que es debido a que al no haber una consulta específica de deshabituación tabáquica en el sector, esto desmotiva a los profesionales sanitarios a actuar sobre dicho proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el registro en OMI de EPOC.
- Mejorar el registro en OMI de CONSUMO DE TABACO.
- Mejorar el registro en OMI de SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN EL PACIENTE EPOC.
- Mejorar el registro en OMI USO ADECUADO DE INHALADORES.

MÉTODO

- Establecimiento de la interconsulta virtual en neumología en el 100% de los centros de salud del Sector I.
- Creación de al menos una Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica en Sector I.
- Impartir sesiones en el/los centros de salud sobre el adecuado registro en OMI de las actividades realizadas (al menos 1 sesión).

INDICADORES

- Cuadro de Mandos: Prevalencia EPOC: valor actual 3%; objetivo 3,60%.
- Cuadro de Mandos: Detección Tabaco: valor actual 40,88%; objetivo 45%.
- Cuadro de Mandos: Registro de síntomas respiratorios: valor actual 14,61%; objetivo 22%.
- Cuadro de Mandos: Vías aéreas: valor actual 12,90%; objetivo 20%.
- Porcentaje de CS con Interconsulta Virtual a Neumología: valor actual 50%; objetivo 100%.
- Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica: valor actual- No; objetivo-Sí.
- Impartir sesiones en el/los centro de salud sobre el adecuado registro en OMI de las actividades objetivo realizadas: valor actual-No, objetivo- al menos 1.

DURACIÓN

- Las actividades previstas está en proceso de realización. Ya se ha comenzado con la interconsulta virtual de neumología.
- La consulta monográfica de tabaquismo ya está planificada su estructura y desarrollo, comenzando su actividad cuando la Gerencia de Atención Primaria dé los permisos correspondientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

- Las sesiones de formación en registro en OMI, se llevarán a cabo a lo largo del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1075

1. TÍTULO

GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA ASSO OTAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA PELIGERO MARIA TERESA
FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL
SORA USON OLGA
LOPEZ ABAD OLGA
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE 2018 Y CON LISTADOS DE 5 CUPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CENTRO DE SALUD LA JOTA, SE SELECCIONARON A 50 PACIENTES SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSIÓN (PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 INSULINIZADOS Y NACIDOS ENTRE 1938 Y 1968, EN TRATAMIENTO CON INSULINAS BASALES, BASAL Y RÁPIDA O MEZCLAS).
DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE SE CONTACTÓ CON LOS PARTICIPANTES VÍA TELEFÓNICA O EN CONSULTA PRESENCIAL, DONDE SE LES REALIZÓ 2 TEST: TEST DE EVALUACIÓN DE RIESGO INDIVIDUAL DE HIPOGLUCEMIAS (CRITERIOS MAYORES Y MENORES) Y EL TEST DE CLARKE (PARA DETECTAR HIPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS).
SE DESCARTÓ EL TEST DE CALIDAD DE VIDA PORQUE NO SE ENCONTRÓ NINGUN TEST VALIDADO ESPECÍFICO PARA HIPOGLUCEMIAS ADEMÁS DE QUE LOS ENCONTRADOS NO CUMPLÍAN CRITERIOS EN LA TOTALIDAD DE LA MUESTRA.
EN ESTE PERIODO SE CAPTÓ A LOS PARTICIPANTES Y SE LES PROPUSO A ELLOS, ACOMPAÑANTES Y/O CUIDADORES PARTICIPAR EN UNA CHARLA/TALLER DE 2H30 PARA INFORMARLES DE LA DETECCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS Y FORMARLES EN LA ACTUACIÓN.
SE REALIZARON 3 TALLERES EN DIFERENTES DÍAS (10,12,13 DE DICIEMBRE)
IMPARTIDOS POR ENFERMERÍA CON LA AYUDA DE UN POWER POINT HECHO PREVIAMENTE Y PASANDOLES UN TEST PRE-TALLER Y OTRO POST-TALLER ADEMÁS DE UN TEST DE SATISFACCIÓN. EN EL TALLER PARTICIPARON 27 PERSONAS. Y AL ACABAR SE LES DIO DOCUMENTACIÓN INFORMATIVA EN FORMATO PAPEL, LIBRO DE REGISTRO HIPOGLUCEMIAS, ASÍ COMO DE RECOMENDACIONES EN DIABETES.
NO SE UTILIZÓ EL T-COACH, COMO SISTEMA DE TITULACIÓN Y FORMACIÓN YA QUE EXCLUYE OTROS TIPOS DE INSULINAS Y EXISTÍAN CONFLICTOS ÉTICOS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LA FARMAINDUSTRIA EN DICHO PROYECTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN LOS TALLERES SE DETECTÓ UNA FALTA DE CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES, POR EJEMPLO EN LA FASE PRE-TALLER EL 26% CONOCÍA QUÉ HACER ANTE UN PACIENTE INCONSCIENTE CON HIPOGLUCEMIA Y EN LA FASE POST-TALLER EL 81,4%. EL 100% DE LOS PARTICIPANTES CONSIDERARON NECESARIO EL TALLER, CON UNA SATISFACCIÓN MEDIA DE 9,7.
INICIALMENTE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ERA DE RIESGO INDIVIDUAL ALTO POR EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES, EDAD Y POLIFARMACIA. TRAS REALIZAR LOS TEST DE CLARKE SE OBSERVA QUE LAS HIPOGLUCEMIAS NO SON INADVERTIDAS, Y QUE EXISTEN MENOS RIESGOS DE LOS QUE PREVIAMENTE SE HABÍAN CONSIDERADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACIÓN HA SIDO BUENA TANTO POR LOS PARTICIPANTES COMO POR LOS PROFESIONALES IMPLICADOS. EN EL TALLER SE HA VISTO LA NECESIDAD DE FOMENTAR EL APRENDIZAJE Y AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTE Y/O CUIDADORES A TRAVÉS DE GRUPOS DE TRABAJO, Y HACIENDO UNA VALORACIÓN CRÍTICA SOBRE LA FALTA DE INFORMACIÓN PREVIA DE LOS PACIENTES CRÓNICOS SOBRE SU ENFERMEDAD Y MANEJO DE LA MISMA. SE PROPONE EN LOS PRÓXIMOS MESES REALIZAR SESIÓN AL RESTO DE PROFESIONALES INFORMANDO DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO E INSISTIR EN LA IMPORTANCIA DE LOS SÍNTOMAS DE DETECCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS DESDE LAS CONSULTAS Y PUDIENDO OFERTAR MÁS TALLERES EN GRUPOS AL RESTO DE PACIENTES QUE NO HAN PODIDO BENEFICIARSE DEL MISMO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1075 ===== ***

Nº de registro: 1075

Título
GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS

Autores:
ASSO OTAL MARIA ELENA, GRACIA PELIGERO MARIA TERESA, FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL, SORA USON OLGA, ROY PEREZ MARIA JOSE, LOPEZ ABAD OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1075

1. TÍTULO

GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

47% DE PACIENTES CON DM2 TIENEN HIPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS Y DE ESTAS, EL 75% SON NOCTURNAS. ESTO INCREMENTA 25 VECES EL RIESGO DE HIPOGLUCEMIA GRAVE.

(estudio de Chico A, et al, realizado con 70 pacientes (40 con DM1-30 con DM2) monitorizados con MCG.

RESULTADOS ESPERADOS

- AUMENTAR LA IMPLICACION DEL PERSONAL SANITARIO EN POBLACION DIANA (PAC. CON DM2 INSULINIZADOS) PARA DETECTAR HIPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS.
- FORMAR A PAC INSULINIZADOS PARA CREAR HABILIDADES PARA DETECTAR HIPOGLUCEMIAS Y PREVENIRLAS.

MÉTODO

- 1 SESION FORMATIVA DE EDUCACION GRUPAL SOBRE DETECCION Y ACTUACION EN HIPOGLUCEMIAS.
- EMPLEO DE SISTEMAS DE TITULACION Y FORMACION (T-COACH U OTROS EXTERNO).
- PASAR TEST DE RIESGO DE HIPOGLUCEMIAS Y CALIDAD DE VIDA.

INDICADORES

- HIPOGLUCEMIAS EN 1,3,6 MESES.
- CONSEGUIR QUE EL 50% DE PAC AUMENTE SU CONOCIMIENTO SOBRE HIPOGLUCEMIAS : SE PASARA ENCUESTA AL INICIO Y FIN DE PROGRMA.

DURACIÓN

INICIO EN JUNIO DE 2018
EVALUACION FINAL MARZO 2019.
FINAL EN JUNIO 2019.
SE REALIZARA SESION UNA VEZ CAPTADOS LOS PACIENTES.

OBSERVACIONES

ENTRARAN PACIENTES DE ALTO RIESGO (PAC DM2 INSULINIZADOS)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1561

1. TÍTULO

MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE DOMINGO PONCE SALCEDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO PARDO CONSUELO
JERICO CLAVERIA LAURA
SORIANO MARTINEZ ALBA
BANDRES DE BLAS ESTHER CLARA
LOBERA LAHOZA ELENA
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A finales de 2017, la presidenta de la Agrupación Deportiva La Jota Balonmano solicita la intervención del Centro de Salud La Jota, a través de la trabajadora social, porque observan que el conjunto de padres, entrenadores y deportistas están reclamando información acerca de la alimentación que deben seguir los deportistas para tener un buen rendimiento a la hora de la práctica del balonmano. Propone una evaluación médica (antropometría, analítica sanguínea...) previa a una serie de charlas encaminadas a modificar malos hábitos en la alimentación y un posterior seguimiento de nuevo en consulta médica para evaluar los cambios producidos. En ENERO/FEBRERO de 2018 se conforma un equipo de profesionales constituido por trabajadores del centro de salud y residentes de enfermería y se fija la fecha de una primera reunión.

16 de MARZO de 2018 Primera reunión del equipo formado. Se presenta a Dña. M^a Pilar Herrero Jiménez, nutricionista diplomada, que va a colaborar de forma desinteresada en el desarrollo del proyecto. Desde un primer momento se descarta el tipo de intervención solicitado debido a la escasez de recursos y, sobre todo, la sobresaturación del centro de salud. Se idea y propone a la agrupación deportiva que se evalúe la situación de los deportistas con una encuesta acerca de su alimentación, se ofrezca una única charla que dé respuesta a sus inquietudes y, finalmente, se objective a través de una nueva encuesta si ha habido cambios de mejora en la alimentación gracias a la intervención del centro de salud. Se baraja la posibilidad de que la charla sea en mayo. Según nos han comunicado a través de la Agrupación Deportiva La Jota Balonmano, parece ser que la charla prefieren que sea dirigida a padres y entrenadores. Hay unos 7 grupos de edades/categorías deportivas (en total unos 200 deportistas), la intención es proponer previamente a la charla que presenten las dudas/cuestiones que tienen sobre el tema y una encuesta en la que un número representativo (unos 10 por grupo) de deportistas detallen la alimentación que siguen a lo largo de una semana para comparar e intentar hallar cambios perceptibles en la misma un tiempo prudencial tras la charla. Respecto a la encuesta, como es mejor guardar y gestionar la información en un formato digital que en papel, se empieza a confeccionar un formulario de Google (https://docs.google.com/forms/d/1T0dv8bHWVOE1_MT3l_S3L8YjFws0tFGSEd32hXx_lM/edit?usp=sharing) con el que se podrán manejar mejor los datos con una serie de ítems.

22 de ABRIL de 2018 Se crea un grupo de whatsapp para facilitar una comunicación más fluida entre los integrantes del grupo

29 de ABRIL de 2018 Trasladan como posibles días para la charla los días 22 o 29 de mayo.

3 de MAYO de 2018 Segunda reunión del equipo. Se llega a la conclusión de que lo mejor sería pasar la encuesta enseguida y posponer la charla para finales de septiembre. Además tratar los datos obtenidos en la encuesta durante el verano. Los de la Agrupación Deportiva parece ser que ponen algún "problema" con las fechas de esos últimos meses del curso escolar por el tema de exámenes, comuniones, etc.

8 de MAYO de 2018 La encuesta está completamente confeccionada y lista para ser distribuida entre los deportistas de la Agrupación.

La encuesta se mandó en mayo pero se nos dijo que era mal momento para ese trabajo dado el final de curso y todo el esfuerzo que suponía para padres, entrenadores y chicos. Por parte de la Agrupación Deportiva, dejaron la distribución y todo el proyecto para septiembre, a la vuelta del curso escolar.

21 de OCTUBRE de 2018 Se lanza el mensaje en el grupo de whatsapp de los integrantes de la Agrupación Deportiva para que vayan rellenando la encuesta confeccionada

23 de NOVIEMBRE de 2018 Se cierra definitivamente la recogida de respuestas de la encuesta. La participación ha sido pobre (menos del 15% de las deportistas). A través del grupo de whatsapp repartimos las encuestas entre los integrantes del grupo de Calidad para extraer los datos que tienen interés para valorar cómo es la alimentación de esas personas que han participado

27 de NOVIEMBRE de 2018 Se crea una hoja Excel para ordenar los datos extraídos (https://docs.google.com/spreadsheets/d/1_ifYI1U6pMreDC2bTkLOY8gO6ex4f8wb09mA24T1loc/edit?usp=sharing) .

A lo largo de DICIEMBRE de 2018 M^a Pilar Herrero confecciona el esquema de la presentación para la charla y se crea una carpeta en Drive para recopilar todo el material trabajado por el grupo de Calidad.

28 de DICIEMBRE de 2018 Tercera reunión del equipo en la que se valoran los resultados de la encuesta: muy escasa participación (29 participantes), habiendo completado la encuesta totalmente sólo 6 personas. Se decide, asesorados por la nutricionista, que dichos resultados no son suficientes para extraer conclusiones par ser expuestas en la charla. Se baraja una fecha para dicha charla en febrero. Finalmente, a través del grupo de whatsapp se fija la fecha para el 11 de febrero a las 18:00 h en el Centro Cívico distrito 14. Dada la baja participación y calidad de resultados en la encuesta inicial, se desestima realizar una segunda encuesta.

ENERO/FEBRERO de 2019 M^a Pilar Herrero confecciona una presentación definitiva para la charla. Consuelo Pardo y Domingo Ponce confeccionan la exposición previa a la charla en la que se mostrará cómo surgió la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1561

1. TÍTULO

MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA

colaboración y los datos obtenidos a través del proyecto.

11 de FEBRERO de 2019 (18:00 h) Tiene lugar la charla en el Centro Cívico distrito 14 en la cual exponen durante aproximadamente 2 horas M^a Pilar Herrero y Domingo Ponce el trabajo desarrollado. Tras la charla se distribuye una encuesta de satisfacción entre los asistentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera encuesta se recogían los datos de los alimentos que se ingerían a lo largo de 5 días en una semana cualquiera, incidiendo en el consumo de frutas y verduras, la manera de prepararlos y en el consumo de bollería, snacks y bebidas azucaradas .Se observó en los resultados obtenidos que los fritos y rebozados están presentes pero sin destacar. Más presentes en la cena. La bebida que predomina es el agua. En cuanto al postre, predomina la fruta en la comida y los lácteos en la cena.

Dada la escasa participación en la encuesta inicial ofertada al grupo de deportistas sobre los hábitos de la alimentación (completada escasamente por el 3% de los deportistas que habían podido participar), no se volvió a encuestar a aquellos pocos que habían contestado completamente el formulario. No se podían extraer resultados finales válidos en cuanto a mejora de los hábitos saludables para el proyecto, con la escasa muestra disponible. La charla en la que se trataron los aspectos importantes de los hábitos alimentarios y aspectos específicos en la alimentación de un deportista (a la que asistió un grupo muy reducido de personas), tras la cual hubo un turno de preguntas, obtuvo una valoración muy positiva : al 100% le resultó interesante y útil la charla, al 100% le aportó información nueva, el 100% tuvo la percepción de que le había reforzado y animado a llevar una vida más saludable, al 100% le resolvió las dudas que tenían, la valoración general de la charla fue con una puntuación media de 9,5 sobre 10 .Resultados obtenidos al ofrecer una encuesta de satisfacción inmediatamente tras la charla.

Aunque el proyecto no tuvo la respuesta esperada, las conclusiones son positivas ya que ha servido para hacer visible la colaboración e implicación del centro de salud con la comunidad y ha logrado que se despierte interés, expresado verbalmente, por futuras colaboraciones que impliquen una mejora de los hábitos saludables. A nivel de la colaboración entre distintos profesionales también nos ha ayudado a comprender y canalizar los temas propuestos por la comunidad, a través del trabajo en equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La principal conclusión que se puede extraer de todo el proceso de desarrollo del proyecto es que es necesario tener un acceso total, sin intermediarios, a la comunicación con la población a la cual se dirige el mismo. En este caso, el haber tenido la intermediación a través de la persona que dirige la agrupación deportiva, ha evitado que hubiera una adecuada implementación del proyecto. Verbalmente, tras la charla que se ofreció finalmente, los asistentes nos comunicaron personalmente dificultades para complementar la encuesta nutricional que inicialmente se había propuesto a la población para iniciar el proyecto y otra serie de hechos como que la charla había coincidido en el mismo día que se celebraba un evento deportivo al que tenían que asistir numerosos deportistas con sus familiares. Se trasladó inmediatamente ese problema, que desconocíamos que se hubiera producido con la encuesta, a la persona que actuó como intermediario, aprovechando ese momento tras la charla en que estaba presente, y ésta afirmó que desconocía esa información .A pesar de que sí conocía que el evento deportivo iba a coincidir con la charla, nos dijo que la fecha era la más adecuada para realizarla. Si hubiésemos tenido acceso a conocer que existían dichos problemas y hubiera habido una comunicación fluida directamente con los participantes, el desarrollo del proyecto seguramente habría sido muy diferente.

Posiblemente la necesidad percibida por los que plantearon inicialmente al centro de salud la actuación, no es la misma que la que tenían las personas a las que iba dirigido . Si se hubiera hecho un estudio previo de cuáles eran las necesidades que requería la población (deportistas de balonmano de diferentes edades) podría haber habido una participación más satisfactoria.

La Agrupación Deportiva La Jota podría convertirse en un "activo en salud " para que posteriormente, sean ellos mismos quienes continúen dando ese tipo de información que se les ha transmitido, a personas semejantes (jóvenes deportistas o no).

Al trabajar en red con diferentes activos (el centro de salud, equipos deportivos institutos, colegios y otras instituciones de la zona de influencia del centro de salud) se pueden conseguir mejoras dentro de la comunidad dando pie a realizar actividades de este tipo pero con una organización previa mejor y con un estudio previo de las necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1561 ===== ***

Nº de registro: 1561

Título
MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA

Autores:
PONCE SALCEDA DOMINGO, PARDO PARDO CONSUELO, JERICO CLAVERIA LAURA, SORIANO MARTINEZ ALBA, BANDRES DE BLAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1561

1. TÍTULO

MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA

ESTHER CLARA, LOBERA LAHOZA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A petición de padres y entrenadores del equipo de balonmano femenino del Barrio La Jota a través de la Junta Vecinal se propuso la actuación del CS Avda. Cataluña (La Jota) para intervenir en la mejora de la nutrición de dichos deportistas y solventar las dudas sobre la misma durante la actividad deportiva.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos mejorar la nutrición de la población joven que integran el equipo de balonmano femenino del barrio en sus diferentes categorías gracias a cambios en la alimentación y esperamos conseguir una serie de datos para corroborar dicha mejora.

MÉTODO

Se presentará una encuesta nutricional con una serie de items para valorar la alimentación diaria de dichos deportistas, se realizará posteriormente una intervención a través de 1 o más charlas informativas/educativas dirigidas tanto a padres como entrenadores y los deportistas y finalmente se presentará de nuevo la encuesta para valorar cambios/mejoras en dicha alimentación. Contaremos con la ayuda / asesoría de una nutricionista profesional que ha accedido a colaborar de forma desinteresada: Mapi Herrero Martínez

INDICADORES

Evaluación a través de encuestas desarrolladas en el programa Formularios Google verificando la disminución en el consumo de bebidas azucaradas, comida rápida, bollería, dulces, sal, grasas animales y otros alimentos y condimentos no saludables.

DURACIÓN

Lanzaremos la encuesta a partir de septiembre de 2018, se propondrá una fecha para dar charlas a finales de 2018 y una nueva encuesta a principios de 2019 consiguiendo evaluarlo todo antes de terminar el primer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0549

1. TÍTULO

HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LAJOTA

Fecha de entrada: 28/01/2020

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.
MAHULEA LILIANA
GOMEZ MARCOS JAVIER
HUERTAS HARGUINDEY ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han abierto en el centro de salud de La Jota dos consultas de deshabituación tabáquica, una en horario de mañanas y otra en horario de tardes.
Del mismo modo, se ha realizado formación a un médico titular del centro de salud para ser el responsable de una de las consultas de deshabituación tabáquica del centro.
Se ha realizado formación a un médico interno residente en deshabituación tabáquica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En las dos consultas creadas en el centro de salud se han visto un total de 130 primeros días en pacientes que deseaban dejar de fumar.
Se han realizado 273 visitas presenciales de seguimiento.
Se han realizado 189 visitas telefónicas de seguimiento.
Se ha formado a un médico titular del centro de salud para ser el responsable de una de las consultas de deshabituación tabáquica del centro.
Se ha abierto una segunda consulta de deshabituación tabáquica.
Se ha formado a un médico interno residente en deshabituación tabáquica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las consultas de deshabituación tabáquica han sido muy bien aceptadas tanto por los pacientes como por los profesionales del equipo.
Se ha creado una alta demanda por parte de los pacientes, solicitando ayuda para dejar de fumar.
Sería ideal ampliar el horario de estas consultas para poder atender la alta demanda que está teniendo este tipo de prestación.

7. OBSERVACIONES.
Ante la gran demanda y aceptación que han tenido consultas de deshabituación tabáquica del centro es necesario la continuidad de las mismas e incluso la ampliación de horario de las mismas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/549 ===== ***

Nº de registro: 0549

Título
HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

Autores:
CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES, MAHULEA LILIANA, GOMEZ MARCOS JAVIER, HUERTAS HARGUINDEY ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más extendida entre la población de 15 a 64 años en España, registrándose que el 72,5% ha fumado tabaco alguna vez en su vida (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0549

1. TÍTULO

HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LAJOTA

2015-2016). La prevalencia del consumo diario de tabaco, en España 3 de cada 10 individuos fuman cada día (30,8%) (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 2015-2016). Los datos de Aragón suelen ser algo más elevados que la media nacional en 1 ó 2 puntos pero esa diferencia cae en el rango de los intervalos de confianza de las muestras de población encuestada.

Para evitar las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco no basta con reducir el mismo. Entre las personas fumadoras que reducen su consumo de tabaco significativamente hasta un 50%, el riesgo de infarto agudo de miocardio o enfermedad pulmonar obstructiva crónica está más cercano al de las personas que siguen fumando respecto a las personas que han dejado de fumar. Solo la cesación total reduce la mayor parte del riesgo.

En Zaragoza se ha publicado recientemente que los pacientes fumadores tienen un sobrecoste sanitario y social de 1200 euros anuales; sobrecostes que se pueden reducir e igualar a los no fumadores al dejar de fumar. Ayudar a dejar de fumar no solo es pues una obligación ética y sanitaria sino un factor fundamental para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Aproximadamente el 60% de los fumadores quiere dejar de fumar, muchos no saben dónde pedir ayuda y la mayoría manifiesta, que el consejo médico y de enfermería es un importante factor motivador para dejar de fumar.

En nuestro país, la asistencia al tabaquismo está incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de la Intervención es asegurar que toda persona adscrita al centro de salud de la Jota, que desee dejar de fumar y esté motivado para hacerlo con ayuda de un profesional sanitario, sea citado y atendido en una consulta monográfica de deshabituación tabáquica ubicada en dicho centro de salud.

MÉTODO

Afinamiento de la consulta de deshabituación tabáquica recientemente abierta en el centro de salud de la Jota y ampliación de la misma, pasando de las 3 horas por semana actuales, a 6h semanales, 3 en horario de mañana y otras 3 en horario de tarde.

Formar al menos a un médico adscrito al centro para que pueda desarrollar la consulta de deshabituación tabáquica en horario de tardes.

Formar al menos a 2 médicos internos residentes para que sean capaces de llevar una consulta de deshabituación tabáquica.

La estructura de la consulta monográfica será la siguiente.

Primera consulta: 30 min: Elaborar un plan de tratamiento, que incluya: Felicitar por la decisión. Elegir la fecha de abandono. Hacer una intervención: psico-social y, si está indicada, farmacológica.

Visitas de seguimiento presenciales. 15 minutos: Las consultas de seguimiento presenciales se realizarán en todos los pacientes que realicen un intento de abandono. Al menos una visita a la semana, 2 semanas, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de dejar de fumar.

Visitas de seguimiento telefónicas. (5 minutos): Se seguirá el mismo esquema que en las visitas de seguimiento presenciales, pero no se realizará coximetría ni control de peso.

INDICADORES

Número de pacientes que han sido citados como primer día en la consulta monográfica de deshabituación tabáquica.

Número de pacientes que han sido citados como visita de seguimiento presencial en la consulta monográfica de deshabituación tabáquica.

Número de pacientes que han sido citados como visita de seguimiento telefónica en la consulta monográfica de deshabituación tabáquica.

Número de médicos adscritos al centro de salud de la Jota, que se han formado en deshabituación tabáquica siendo capaces de desarrollar una consulta monográfica de tabaquismo.

Número de residentes que se han formado para llevar una consulta de deshabituación tabáquica.

DURACIÓN

- Las actividades previstas están en proceso de realización. Ya se ha comenzado con la consulta de mañanas de deshabituación tabáquica, estando previsto que el mes de mayo comience la consulta de tardes.

- Ya se ha comenzado con la formación de un médico interno residente en el área específica de deshabituación tabáquica.

OBSERVACIONES

Dada la gran aceptación que ha tenido entre la población adscrita al centro de salud, la consulta monográfica de deshabituación tabáquica, habiendo en este momento 4 meses de lista de espera en la misma, se ha considerado oportuno el afianzamiento y ampliación de la misma para intentar cumplir las necesidades del centro.

La solicitud de una consulta (como espacio físico) dotada de un ordenador (únicamente para los momentos puntuales de la semana en que se pasen las consulta), aunque parece una obviedad, en el centro de salud de la Jota, es un problema, dada la sobre masificación y falta de espacio físico para poder trabajar (ya se comparten muchas consultas), y en muchas ocasiones resulta difícil encontrar una consulta vacía con ordenador libre para poder trabajar.

Se solicita un cooxímetro dado que el que se está utilizando actualmente es propiedad particular de uno de los profesionales sanitarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0549

1. TÍTULO

HABILITACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE LAJOTA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0586

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMÁTICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARAPACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA SUSANA LAFUENTE PARDOS
· Profesión MATRONA
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUQUE CARRO RAQUEL
SEBASTIAN SANZ ASUNCION
GIMENEZ ALCANTAR BLANCA
CHECA DIEZ MARIA ANGELES
AZUARA LAGUIA MARIA JOSE
SANTARELLI FRANCESCA
CANTERO SAIZ ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión inicial de información a las participantes del proyecto sobre las actividades y el cronograma previsto.

Búsqueda de información y revisión bibliográfica sobre el uso de las nuevas tecnologías como herramienta de salud, concretamente la notificación vía telemática, que actúen como recordatorio de los ejercicios Kegel en dispositivos móviles.

Creación de una dirección de correo. Creación de calendario con un evento y un mensaje de correo electrónico por cada día de ejercicio a realizar por las pacientes.

Reuniones sucesivas mensuales salvo en periodo vacacional, coincidiendo con la reunión mensual de matronas.

Seguimiento e intercambio de información mediante correo corporativo.

Elaboración del material: Encuestas, mensajes, pautas de entrenamiento y batería de recomendaciones.

Captación de las usuarias ha sido en la consulta de matrona, entrega de material con indicaciones sobre el proyecto y obtención del consentimiento verbal para participar en el mismo.

Consulta sobre Ley de Protección de datos y consentimiento informado.

Encuesta inicial.

Encuesta final.

Valoración de los resultados, conclusiones, recomendaciones y elaboración de la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado en participación ha sido de 7 mujeres con 1 abandono por hipertonia muscular perineal. El resto de las participantes manifestaron interés y satisfacción con el programa y para ello se han realizado encuestas previas y posteriores para valorar la opinión de las participantes. Los resultados indican que las nuevas tecnologías pueden ser un buen recurso en el ámbito sanitario y pueden ofrecer múltiples oportunidades para mejorar la salud de las personas facilitando la comunicación entre la población, pacientes y profesionales sanitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Recomendamos ampliar el tiempo de seguimiento y el número de mujeres para evaluar el efecto a largo plazo del programa, así como evaluar los efectos. Asimismo sería muy positivo elaborar un protocolo unificado de valoración de suelo pélvico y actualizar la pantalla de OMI en base a los ítems de dicha valoración. Por último, también consideramos importante la creación de un material de apoyo atractivo manejable para las pacientes (podcast, imágenes, vídeos cortos explicativos) que les incentive el interés por su conciencia corporal y les ayude en su autocuidado diario.

7. OBSERVACIONES.

En nuestra opinión es necesario potenciar herramientas tecnológicas que puedan reforzar la comunicación entre la población, pacientes y profesionales sanitarios. La vía para enviar las notificaciones y mensajes a las usuarias debería de estar incluida en la App y Web de Salud Informa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0586

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMÁTICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARAPACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I

*** ===== Resumen del proyecto 2019/586 ===== ***

Nº de registro: 0586

Título
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMÁTICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARA PACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I

Autores:
LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA, LUQUE CARRO RAQUEL, SEBASTIAN SANZ ASUNCION, GIMENEZ ALCANTAR BLANCA, CHECA DIEZ MARIA ANGELES, AZUARA LAGUIA MARIA JOSE, SANTARELLI FRANCESCA, CANTERO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar la eficiencia de la consulta de las matronas.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión puerperal a los 40 días tras el parto muchas pacientes refieren incontinencia urinaria. Se trata de pacientes jóvenes no tributarias de tratamiento quirúrgico que no saben cómo mejorar la clínica miccional que presentan. Actualmente en el puerperio el tratamiento de elección es una pauta de ejercicios de Kegel cuyo cumplimiento tiene evidencia científica de mejora. No se tienen datos de prevalencia real. La necesidad de abordaje dentro de las actividades preventivas de la matrona entra en la cartera de servicios. Sin embargo no hay protocolizada ninguna pauta específica. Por otro lado, se hace necesario unificar criterios para comenzar a trabajar de manera unificada en este área. Las puerperas manejan a diario smartphones y aplicaciones móviles en su vida diaria. Suelen utilizar recordatorios para otros aspectos de salud (calendario menstrual, manejo de anticonceptivos, etc). El establecimiento de criterios de ejercicios serviría como matriz para pautas en otros momentos reproductivos de la vida de la mujer.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la pauta de ejercicios vía telemática se espera mejorar la clínica miccional de las pacientes puerperas del sector Zaragoza I.

MÉTODO
Tras la inclusión en el programa, las pacientes recibirían avisos en su móvil los días que tuvieran que realizar cada entrenamiento. Asimismo se realizarían encuestas sobre el sistema y su situación y evolución clínica. Por último, se incluye en la propuesta una batería de recomendaciones coadyuvantes a la pauta principal de entrenamiento.

INDICADORES
La evaluación principal se realizaría mediante el recuento de elementos descargados y recibidos por las pacientes así como de indicadores reflejados en las encuestas, incluyendo satisfacción del programa como indicadores clínicos que relejen la evolución de la sintomatología.

DURACIÓN
Abril y mayo: confección y puesta a punto del sistema de avisos y contenidos.
Junio, julio, agosto, septiembre y octubre: puesta en marcha del programa
Noviembre: recogida de datos.
Diciembre: evaluación de resultados y redacción de memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0586

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEMATICO INTERACTIVO DE UNA PAUTA DE EJERCICIOS DE KEGEL PARAPACIENTES PUERPERAS DEL SECTOR I

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0618

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA DENTAL Y GINGIVAL EN EMBARAZADAS Y EXPLICACIÓN DE DENTICIÓN EN BEBÉS Y SU HIGIENE ORAL

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL SALILLAS GRACIA
· 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.
LOPEZ MORENO MARIA LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado charla formativa al grupo de embarazadas que lleva la Matrona Titular del CS Parque Goya Dña. Dña. Alicia Cantero Sáiz
Fecha y hora: 17/12/2019. 12:00 horas
Lugar: Sala Multiusos del CS Parque Goya, Zaragoza Sector I
Personal que imparte la mejora: Dr. Miguel Salillas Gracia e Higienista María Luz López Moreno
Nº de participantes 12
Actividad realizada: Charla combinada con medios audiovisuales
Recursos empleados: Proyector y pantalla mural
PowerPoint sobre el tema: elaborado por el Dictante principal. Combinando: texto, dibujos y fotos
Videos del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos sobre Técnicas de Higiene Oral: Cepillado dental, uso de seda dental e interproximales, limpiador lingual, colutorios, etc..
Discusión comunitaria y turno de preguntas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza encuesta anónima que rellenan 8 de las 12 participantes en la charla
Se realizan 7 preguntas, que son:
1 La charla ha conseguido los objetivos propuestos
2 El nivel de conocimientos con que se han tratado los temas, ha sido adecuado
3 La charla ha sido de su interés
4 Recomendaría la asistencia a esta charla a sus conocidos
5 Está satisfecha de haber asistido a esta charla
6 Los ponentes han sido capaces de explicar y transmitir sus conocimientos con habilidad y claridad
7 La relación entre los dictantes y los asistentes ha sido cordial y se ha desarrollado en un clima favorable
Cada pregunta se valora de 1 a 5. Siendo 1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 Término medio, 4 de acuerdo y 5 muy de acuerdo.
Sumados los resultados de la encuesta:
La pregunta 1 se valora con una media de: 34 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 2 se valora con una media de: 34 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 3 se valora con una media de: 33 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 4 se valora con una media de: 31 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 5 se valora con una media de: 33 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 6 se valora con una media de: 35 (mínimo 8 y máximo 40)
La pregunta 7 se valora con una media de: 34 (mínimo 8 y máximo 40)
Total media: 234 (mínimo de 56 y máximo 280 puntos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:
Pensamos que el Plan de Mejora ha sido satisfactorio para el grupo de embarazadas, con una idea principal que es: "el embarazo no cuesta uno o varios dientes" y así romper esa idea tan profundamente establecida en la Sociedad: así como que la situación para evitar patología o complicaciones durante el embarazo está en su mano llevando una correcta HO y revisión con el dentista . Se ha enseñado técnicas de HO en los primeros meses de los bebés y la importancia de los hábitos.

Recomendaciones:
Hemos pensado añadir material explicativo con modelos de dentadura y cepillo para explicar de forma directa la técnica de HO, así como llevar material de HO real para que las embarazadas lo vean in situ y lo conozcan.
Hemos decidido continuar con el proyecto para el año 2020 e incluir las mejoras comentadas

7. OBSERVACIONES.

Mi titulación firmada por el Jefe de Estado, y en su nombre no recuerdo quién, se indica que soy: Médico Especialista en Estomatología, por ello en el apartado sobre profesión me enmarco en mi titulación Oficial más encajable la de Médico, renunciando al de Licenciado o Grado en Odontología que no lo soy.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/618 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0618

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA DENTAL Y GINGIVAL EN EMBARAZADAS Y EXPLICACIÓN DE DENTICIÓN EN BEBÉS Y SU HIGIENE ORAL

Nº de registro: 0618

Título
PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA DENTAL Y GINGIVAL EN EMBARAZADAS Y EXPLICACIÓN DE ERUPCIÓN DENTICIÓN EN BEBÉS Y SU HIGIENE ORAL

Autores:
SALILLAS GRACIA MIGUEL, LOPEZ MORENO MARIA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cuidados en pediatría
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Como promoción y prevención de la Salud Bucodental, incidiendo en embarazadas, dado que sus cambios hormonales provocan gingivitis y estomatitis del embarazo. Explicar normas de Higiene Oral específicas durante el embarazo a mujeres con buena HO y mejora en mujeres con HO baja. E incidir en la importancia de la iniciación de HO en los bebés y como realizarlo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es implementar la mejora de la salud bucodental en embarazadas y menores en sus primeros años de vida y conciencias a la población diana de la importancia de la HO en ellas y sus hijos/as.

MÉTODO
Charlas informativas a las matronas y a las embarazadas en grupo y explicación oral y mediante diapositivas o PowerPoint de las enfermedad cariogena, gingivitis e higiene oral en adultas y en niños menores de cuatro años.

INDICADORES
No se precisan

DURACIÓN
Contactar con las embarazadas a través de las Matronas en fechas de reunión colectiva con las mujeres embarazadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0825

1. TÍTULO

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL GARCIA PARICIO
· 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
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA
ASTIER PEÑA MARIA PILAR
GONZALEZ PEREZ EMILIO
GARCIA IZUEL PATXI
PEREZ COLON MARIA EUGENIA
PEREZ VELA JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Febrero, tras una reunión presencial multidisciplinar con los representantes de la AECC y del Hospital San Juan de Dios, como toma de contacto y planteamiento del proyecto. Se han ido realizando aportaciones mensuales vía correo electrónico, además en una cuenta de Dropbox se colgaba la documentación y recursos disponibles, sobre los que se iba trabajando, en esta lista se han ido incluyendo a las personas implicadas en el proyecto, responsables de distintas áreas (gestión de voluntarios de cada entidad y de recursos)
Posteriormente se realizó una reunión física en Julio en el Centro de Salud con el personal del propio centro, implicado en el proyecto y con personal de la AECC y el Hospital San Juan de Dios, en ella se concretaron los servicios a ofertar por cada entidad, se conoció físicamente a los responsables de cada entidad encargados y se dejó esbozado el protocolo a seguir.
Aunque se mantenía actividad fluida por mail, se realizaron otras 3 reuniones físicas que fueron en los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre.
En Octubre se completó el algoritmo de actuación.
En Noviembre se terminó de desarrollar el protocolo completo de actuación, y una separata para difusión del proyecto.
A partir de Noviembre se inició la búsqueda activa de pacientes.
En Noviembre se incluyó un paciente que falleció cuando iba a ser incluido en el proyecto.
En Diciembre se encontraron 2 pacientes, uno denegó el uso del servicio y otro presentó una reagudización que precisó ingreso hospitalario.
Dado el perfil tan específico de pacientes, no se pudo incluir nadie antes de tener un protocolo completamente elaborado.
Actualmente disponemos de un algoritmo, una separata informativa para el público, y un protocolo que explica dicho algoritmo.
La previsión es continuar todo 2020 en actuación de campo, integrando pacientes en el programa y llevando el protocolo de actuación a la práctica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dada la complejidad del proyecto por presentar carácter multidisciplinar y con colaboración de distintas entidades, en un paciente complejo que precisa ser atendido en un breve periodo de tiempo, no hemos podido ejecutar el proyecto hasta tener un protocolo completamente elaborado, y tras tenerlo la muestra es muy específica, esperamos tener suerte durante este año. Dado que no ha podido desarrollarse.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente ejecutar el programa, el diseño que parecía inicialmente sencillo ha resultado complicado en la elaboración de un algoritmo que mantenga correctamente informado al personal implicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/825 ===== ***

Nº de registro: 0825

Título
Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

Autores:
GARCIA PARICIO LUIS MIGUEL, NAVARRO VITALLA OSCAR, PARDO PARDO CONSUELO, ASTIER PEÑA PILAR, RODRIGUEZ CURIESES
PETRA, MENDI METOLA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0825

1. TÍTULO

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Terminales no oncológicos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El paciente paliativo es un paciente muy vulnerable con muchas necesidades que aumentan según avanza la enfermedad. La situación deseable de estos pacientes es que puedan permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible en un entorno familiar seguro, evitando ingresos por desconocimiento de cuidados, sobrecarga de la familia o falta de recursos.

El equipo de referencia de este paciente son los profesionales de Atención Primaria. Son estos profesionales los que habitualmente conocen las necesidades del paciente y la familia y los que consultan o solicitan colaboración a los ESAD si precisan.

Pero somos conscientes que tanto los pacientes como los familiares tienen también necesidades psicológicas, sociales y espirituales y que es un objetivo mejorable del Servicio Aragonés de Salud.

Las herramientas fundamentales para responder a las necesidades de atención de los enfermos terminales y sus familiares son el control óptimo de síntomas, la información y comunicación adecuada y también un cambio en la organización que permite adaptarse a necesidades distintas y con objetivos distintos, a medida que avanza la enfermedad.

El equipo interdisciplinar con formación es la base fundamental para proveer una atención integral, y son las necesidades de los enfermos y familiares los que deben regir su organización práctica para garantizar una atención integral sanitaria, social, emocional y espiritual durante el proceso de la enfermedad

El Sector I cuenta con los siguientes recursos que hay que coordinar y dar a conocer:

- o Atención Primaria Sector Zaragoza I: Centro de Salud
- o Hospital San Juan de Dios de Zaragoza: ESAD
- o AECC de Zaragoza

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal : Mejorar y actualizar la atención a estos pacientes a través de:

1. Crear un equipo de trabajo en el que participen profesionales del ESAD del Hospital San Juan de Dios, médicos y enfermeras de Atención Primaria, psicólogos y responsables del voluntariado de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y la Dirección de Atención Primaria.
2. Actualizar/Recoger en un solo documento o protocolo que coordine todas las acciones y actividades que actualmente se desarrollan desde AP, ESAD y AECC en el proceso de los cuidados paliativos en nuestro Sector que incluya la atención integral sanitaria, social, emocional y espiritual durante el proceso de la enfermedad
3. Garantizar la identificación del cuidador/referente principal Y mejorar su rol por medio de la información, formación y soporte del equipo de cuidados.

MÉTODO

Difusión del protocolo entre los profesionales.

Elaboración y difusión en formato de díptico entre los usuarios afectados y/o sus familiares.

Se ha elegido el CS La Jota como centro piloto para 2019.

Población diana

Pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos a los que se les diagnostique desde AP cualquier necesidad física, psicológica, social y espiritual.

Agentes:

- Hospital San Juan de Dios de Zaragoza: ESAD y voluntarios
- Asociación Española Contra el Cáncer, AECC Zaragoza
- Atención Primaria del Sector Zaragoza I

Metodología

La detección de las necesidades será siempre desde AP, y serán estos profesionales los responsables de informar de la posible colaboración con AECC y HSJD.

- Necesidades asistenciales: serán atendidas directamente por el equipo de AP, y si estos lo consideran, con la colaboración del ESAD I.

- Necesidades psicológicas: serán atendidas por psicólogos de AECC (pacientes oncológicos) o psicólogos HSJD (pacientes no oncológicos).

- Necesidades sociales: TS de la AECC y de Atención Primaria. Ayudas técnicas y voluntariado de la AECC y HSJD.

- Necesidades espirituales: serán abordadas por voluntariado preparado de la AECC.

El problema de la soledad se afrontará desde Trabajo Social, psicólogos y voluntariado que realiza una labor de acompañamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0825

1. TÍTULO

Y ADEMÁS, TE ACOMPAÑAMOS

INDICADORES

- Creación/Constitución de Equipo Multidisciplinar
- Diseño/revisión y/o redacción de protocolo de organización y coordinación de equipos multidisciplinar
- Registro Valoración Sociofamiliar + Identificación Cuidador Principal OMI-AP (% en Pacientes Incluidos)
- Pacientes atendidos con soporte de Voluntariado AECC (% en Pacientes Incluidos)
- Pacientes atendidos con reingreso/exitus hospitalario(% en Pacientes Incluidos)

DURACIÓN

Inicio : Febrero 2019
Constitución grupo de trabajo : marzo 2019
Pan de comunicación : mayo 2019
Finalización Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0850

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ASTIER PEÑA
· 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.

MAHULEA LILIANA
CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES
CATALAN CANTERO MARIA PILAR
LABADIA NAVARRO MARIA LUISA
CASAÑAL SOLANAS ISABEL
AZNAR GOMEZ LAURA
MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º Elaboración de documento con la dotación para atención urgente del EAP La Jota y procedimiento de atención urgente del EAP La Jota para medicina de familia. Diciembre 2019

2º. Revisión y evaluación de los puntos críticos de la atención urgente, por medio de un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) con todo los profesionales del EAP. Se prioriza 2 de las actividades con mayor puntuación de priorización (NPR): mejorar el procedimiento de atención urgente en domicilio y reconsiderar la ubicación de la sala de urgencias para unificar las urgencias de pediatría (actualmente en una consulta pediátrica) y de adultos en la nueva sala. Mayo 2019

3º Revisión y actualización de la dotación del carro de paradas y botiquín de urgencias con el nuevo protocolo de dotación de carro de paradas y botiquín de salas de urgencias de centros de salud del Sector Zaragoza I de diciembre de 2018 tanto en el centro de salud de La Jota como en el centro de apoyo de "La Jotilla". Actividad mensual de enero a diciembre 2019 para la sala de urgencias de medicina familia adultos y para el dispositivo de "La Jotilla".

4º Desarrollo de 3 sesiones formativas para Informar y formar al personal sanitario del EAP del procedimiento de atención urgente y del material y equipamientos disponibles a través de 5 casos clínicos incluyendo uno de pediatría. El grupo de trabajo es multidisciplinar con personal de enfermería, auxiliares de enfermería y medicina. Junio y Septiembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Documento actualizado del procedimiento de atención urgente del EAP La Jota. Indicador: Existencia del documento a final de año 2019. Se ha realizado el procedimiento de actuación. Si bien se ha identificado como punto crítico para poder unificar la dotación de urgencias para pediatría y adultos, la necesidad de cambiar la ubicación de la sala de urgencias a una consulta ubicada en el centro de la planta baja accesible a pediatría y medicina de familia. Igualmente, dentro del manual de procedimientos figura la necesidad de desplegar un triaje. Por lo que se crean 3 grupos de trabajo para abordar el proceso de triaje desde admisión, triaje desde enfermería y triaje desde medicina de familia. Estos grupos de trabajo concretará aspectos a incluir en la renovación del procedimiento de atención urgente.

2. Existencia de dos carros de parada con dotación según el procedimiento de sector I (Centro de salud y edificio anexo). Indicador: Existencia de los carros a final de año 2019. Se ha dotado los dos carros.

3. Implantación del procedimiento de revisión del material de carro de paradas y botiquín de sala de urgencias con la cumplimentación mensual de las revisiones con los checklist definidos en el procedimiento. Indicador: Existencia del checklist y que está cumplimentado para los 12 meses del año 2019 en el CS La Jota y de 3 meses últimos de 2019 para el de La Jotilla.

4. Desarrollo de 3 sesiones formativas: una sesión con los 5 casos clínicos de actuación con el carro de paradas en la sala de urgencias. 2 sesiones para explicar y aplicar el uso del maletín de urgencias exteriores en domicilios urgentes o en la calle. Indicador: desarrollo de al menos 3 casos clínicos para todos los profesionales del EAP. Se han realizado las sesiones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión del procedimiento de urgencias del centro de salud (revisión previa en 2015) ha permitido identificar una serie de problemas ya conocidos por los profesionales pero no abordados de forma unificada: desconocimiento del procedimiento (ha habido alta rotación de profesionales), sala de urgencias pediátricas separada de adultos, falta de triaje de los avisos urgentes.

1. Llegar a un consenso del procedimiento de actuación ante una atención urgente en el centro de salud, coordinando a los profesionales. Iniciar un proceso de consenso en relación a los roles en el triaje de solicitudes de atención urgente tanto en el centro como en los domicilios.
2. Llegar a un consenso sobre el procedimiento actuación ante una atención urgente fuera del centro de salud.
3. Que todos los profesionales conozcan y utilicen el maletín de urgencias fuera del centro de salud y se revise y reponga el material del mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0850

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

7. OBSERVACIONES.

Dos de las acciones identificadas como criticas no se han podido realizar porque se ha demorado la respuesta de la dirección de atención primaria del sector (todavía pendiente desde septiembre de 2019):

1. cambio de ubicación de la sala de urgencias de la sala 2 a la consulta 8 (consulta ubicada en mitad de la planta y accesible equidistante medicina familia y pediatría, equidistante a admisión, a ascensores y a puerta principal) lo que permite una mejor usabilidad. Por otro lado, la actual sala carece de espacio para poder hacer una reanimación en condiciones ya que no permite tener sitio para abordar la ventilación del paciente desde cabecera ni espacio para poder poner de forma central la camilla para facilitar la atención.
2. la necesidad de una dotación de un carro de paradas real (actualmente es un carro de curas adaptado con cajones de plástico rojo y azul)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/850 ===== ***

Nº de registro: 0850

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

Autores:
ASTIER PEÑA PILAR, MAHULEA LILIANA, CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES, CATALAN CANTERO MARIA PILAR, LABADIA NAVARRO MARIA LUISA, CASAÑAL SOLANAS ISABEL, AZNAR GOMEZ LAURA, MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE

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: ATENCIÓN URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN URGENTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se han detectados fallos, sin consecuencia asistencial, pero significativos en la dotación de material y equipamiento de la sala de urgencias y en el protocolo de actuación coordinada de los profesionales ante situaciones de atención urgente en el centro de salud de La Jota.
Se ha ejecutado un concurso de traslados reciente y también han ocurrido jubilaciones, por lo que se han producido relevos numerosos de personal que ha llevado a contar con nuevos efectivos que todavía no conocen la dinámica de trabajo del equipo y la ubicación de material y equipamiento.
La atención en urgencia es un punto clave asistencial en la cartera de servicios de atención primaria y común para todo el equipo. Consecuentemente es importante que esta atención se pueda prestar por parte de todos los profesionales con la misma garantía de seguridad y calidad, así como con todos los medios disponibles en el centro de salud

Un punto crucial para garantizar la atención a la urgencia en el Equipo de Atención Primaria (EAP) es la adecuación del espacio de asistencia en urgencia tanto en material como en conocimiento del mismo por parte del personal sanitario. Esto permitirá reducir la probabilidad de que ocurran incidentes de seguridad del paciente estableciendo una acción proactiva de reducción de riesgos tanto en el algoritmo de respuesta del EAP ante la urgencia como en la adecuada dotación de material y equipos.
Otro aspecto clave es la autoformación interna del centro en la atención urgente. Esta formación debe ser periódica y revalidada. Se podría iniciar con la solicitud de apoyo formativo externo

RESULTADOS ESPERADOS

1. Describir la dotación para la atención urgente del EAP de La Jota y local de edificio adjunto.
2. Describir el procedimiento actual de atención urgente del EAP de La Jota.
3. Identificar las áreas críticas para la atención urgente (dotación y procedimiento de actuación) y proponer acciones de mejora.
4. Implantar el procedimiento de revisión y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias de centros de salud, PO_08_Z1(p)E. revisión D en el Centro de Salud de La Jota.
5. Informar y formar a los profesionales del EAP en el procedimiento actual de atención urgente y en el uso del material y equipamiento disponible.

MÉTODO

1º Elaboración de documento con la dotación para atención urgente del EAP La Jota y procedimiento de atención urgente del EAP La Jota.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0850

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

2º. Revisión y evaluación de los puntos críticos de la atención urgente, por medio de un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) con todo los profesionales del EAP. Se priorizarán 2 de las actividades con mayor puntuación de priorización (NPR)

3º Revisión y actualización de la dotación del carro de paradas y botiquín de urgencias con el nuevo protocolo de dotación de carro de paradas y botiquín de salas de urgencias de centros de salud del Sector Zaragoza I de diciembre de 2018.

4º Informar y formar al personal sanitario del EAP del procedimiento de atención urgente y del material y equipamientos disponibles a través de 5 casos clínicos incluyendo uno de pediatría.

El grupo de trabajo es multidisciplinar con personal de enfermería, auxiliares de enfermería y medicina.

INDICADORES

1. Documento actualizado del procedimiento de atención urgente del EAP La Jota. Indicador: Existencia del documento a final de año 2019

2. Existencia de dos carros de parada con dotación según el procedimiento de sector I (Centro de salud y edificio anexo). Indicador: Existencia de los carros a final de año 2019

3. Implantación del procedimiento de revisión del material de carro de paradas y botiquín de sala de urgencias con la cumplimentación mensual de las revisiones con los checklist definidos en el procedimiento. Indicador: Existencia del checklist y que esté cumplimentado en al menos 10 de los 12 meses del año 2019.

4. Desarrollo de 5 sesiones formativas con los 5 casos clínicos de actuación con el carro de paradas y en la sala de urgencias. Indicador: desarrollo de al menos 3 casos clínicos para todos los profesionales del EAP.

DURACIÓN

1. Marzo a Abril 2019: definición del procedimiento de actuación de urgencias en el EAP de La Jota.

2. Mayo a Junio 2019: montaje de carros de paradas para las dos dependencias de atención urgente.

3. Junio 2019: presentación de los checklist de revisión de botiquín y carros a todos los profesionales del equipo.

4. Septiembre - Diciembre 2019: 5 sesiones con casos clínicos de atención urgente para todos los profesionales.

OBSERVACIONES

Descripción de situación actual:

- 2 dependencias físicas diferentes para atender la urgencia: CS La Jota y Edificio próximo con consultas.
- En CS La Jota: Sala de urgencias de uso no exclusivo y carro de paradas no estandarizado.
- Edificio próximo: sin carro de paradas

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0581

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARINA PEREZ BENITO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIAZ-PLAZA ARA IGNACIO
HERNANDEZ LAGUNAS JOSE JAVIER
SANCHEZ GARCIA MARIA EVA
DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL
CASCANTE MARTINEZ ALICIA
LOPEZ LAPEÑA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
15 marzo 2019: conformación del grupo de trabajo con los profesionales de fisioterapia implicados y coordinación de los componentes del proyecto.
-20 marzo 2019: diseño de la hoja informativa para entregar a los pacientes.
-3 junio 2019: reuniones informativas a las unidades de admisión de los centros de salud y comienzo de la entrega de las hojas a los pacientes por parte de dichas unidades de admisión.
-15 enero 2020: reunión de seguimiento del proyecto. Puesta en contacto con las unidades de información del sector 1 para recabar los datos necesarios.
-21 enero 2020: reunión con Técnico de Salud de Atención Primaria para consultar dudas sobre la elaboración del proyecto.

Comunicación continuada con las unidades de admisión para recordar la entrega de la hoja informativa a los pacientes en el momento de ser citados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No podemos en estos momentos comunicar ningún resultado ya que se trata de un proyecto que continúa y no disponemos de los datos sobre indicadores y evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El indicador principal de este proyecto es el porcentaje de pacientes que no acuden a la primera consulta de fisioterapia.
Este dato lo deberemos recabar desde nuestras agendas personales en OMI.

7. OBSERVACIONES.
Vamos a realizar una modificación de la pertinencia, objetivos e indicadores del proyecto previamente presentado, no alterando el objetivo principal; con lo cual haremos un replanteamiento de las conclusiones en la memoria final.

PERTINENCIA DEL PROYECTO:
Constatamos en nuestros servicios de fisioterapia que un porcentaje no menor de pacientes no acude a consulta de fisioterapia de primer día.
Las consecuencias de la incomparecencia de estos pacientes son:
-Tiempo perdido en la consulta.
-Aumento de la lista de espera para primera consulta ya que estos pacientes que no acuden a una primera cita solicitan en admisión una nueva cita (con o sin nuevo volante del médico prescriptor).

OBJETIVOS:
El objetivo principal del proyecto es disminuir la incomparecencia a la consulta de primer día, con lo que prevemos reducir la lista de espera para la primera consulta de fisioterapia.
El objetivo secundario es dar a conocer a los pacientes el funcionamiento de la primera consulta y del servicio de fisioterapia.

INDICADORES:
-Porcentaje de pacientes que no acuden a la primera consulta de fisioterapia. Queremos comparar estos porcentajes con intervalos de tiempo de 4 meses (mayo - agosto 2019, septiembre - diciembre 2019 y enero - abril 2020).

-Número de días de lista de espera para primera consulta de fisioterapia al inicio y al final de este proyecto.

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO:
-Fecha inicio: 15 de marzo 2019
-Fecha final: 30 de abril 2020

RECURSOS NECESARIOS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0581

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1

Elaboración de una hoja informativa que se entrega al paciente en el momento de ser citado. Dicha hoja informa al paciente de que debe acudir a su cita y hora indicados y la necesidad de anular dicha cita con suficiente antelación si no puede acudir o ya no la necesita. Además se proporciona el teléfono y dirección del centro para poder anular la consulta.
Así mismo la hoja informativa explica el funcionamiento de la primera consulta y del servicio de fisioterapia en Atención Primaria.
-Fotocopiadora.
-Colaboración de las unidades de admisión de los centros.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/581 ===== ***

Nº de registro: 0581

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1

Autores:
PEREZ BENITO MARINA, PLAZA ARA IGNACIO DIAZ, HERNANDEZ LAGUNAS JOSE JAVIER, SANCHEZ GARCIA MARIA EVA, DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL, CASCANTE MARTINEZ ALICIA, LOPEZ LAPEÑA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ausencia injustificada de pacientes citados a primera consulta de fisioterapia, primer día.
Desconocimiento del paciente del funcionamiento de la unidad de fisioterapia y de la 1ª consulta de fisioterapia.
Desconocimiento de los médicos que derivan del funcionamiento de la 1ª consulta de fisioterapia y de la importancia de la derivación adecuada de los protocolos.

Que efectos tiene y sobre quien:

-Aumento de la lista de espera de fisioterapia.
-Insatisfacción de la población por el tiempo de espera para la primera consulta.
-Tiempo perdido en la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocimiento del paciente del funcionamiento de la 1ª consulta y de la Unidad.
Conocimiento del médico derivador del contenido de la primera consulta y de la derivación adecuada.
Disminución lista de espera.
Disminución de las ausencias a la consulta de primer día.

MÉTODO

Presentación a los médicos de hoja informativa que se entregará al paciente derivado a fisioterapia.
Hoja informativa para dar al paciente que es derivado a fisioterapia con información de la primera consulta y del funcionamiento.

INDICADORES

Indicadores:
-Número de hojas entregadas a los pacientes.
-Número de pacientes que fallan a la primera consulta de fisioterapia.
-Número de días que ha disminuido la lista de espera para la primera consulta de fisioterapia.

DURACIÓN

Fecha inicio: 15 marzo 2019
Fecha final: 15 marzo 2020

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0581

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS TIEMPOS DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL 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 - 2016/1324

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 BUJARALAZO)

Autores:

GUTIERREZ TORIO ANA SARA, GARGALLO GOMEZ PILAR, FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALAZO

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 45 días

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 - 2018/0737

1. TÍTULO

REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ANA SARA GUTIERREZ TORIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BUJARALOZ
· Localidad BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABANCENS IBARRA MARIA TERESA
AMORES GONZALEZ ANA BELEN
ABAD ROYO MERCEDES
JARIOD FANDOS MERCEDES
VILLAGRASA VILLUENDA MARIA ARANZAZU
NEVADO CASTEJON JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión formativa con el equipo sobre la exploración pie diabético para refrescar conocimientos y unificar criterios el 31 de mayo de 2018. Se realizaron reuniones por la mañana de 9 a 10 el último miércoles de cada mes para comentar dudas y seguimiento del proyecto.
Realización de exploración de pie diabético con uso de doppler en la consulta programada de enfermería, para ello, usaremos como modelo el protocolo que ya existe en OMI AP.
Educación sanitaria individualizada a cada paciente después de la revisión del pie diabético sobre el cuidado de los pies entregando una hoja informativa como apoyo a nuestra explicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en un centro de salud rural de Zaragoza Sector I. La población a estudio fueron todos los pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes al Centro de salud de Bujaraloz. La zona de salud de Bujaraloz atiende a una población algo menor de 2600 habitantes. La zona incluye 6 municipios, pertenecientes tanto a la provincia de Zaragoza como de Huesca, que se reparten en 5 cupos de pacientes: Bujaraloz, La Almolada-Valfarta, Castejón de Monegros, Peñalba y Candanos.

Existe un total de 278 pacientes diabéticos en la zona de salud (10,69%), repartidos de la siguiente manera en los diversos cupos:

Bujaraloz: 70 pacientes diabéticos (9,01%)
La Almolada: 55 pacientes diabéticos (12,67%)
Castejón: 60 pacientes diabéticos (15,75%)
Peñalba: 49 pacientes diabéticos (9,33%)
Candanos: 44 pacientes diabéticos /11,05%

Los resultados alcanzados al finalizar el proyecto de calidad fueron los siguientes:

Bujaraloz:

Revisión pie diabético: 38 pacientes (55,07%), de los cuales, 32 pacientes (84,2%) tuvieron una exploración normal y 6 pacientes (15,7%) fueron diagnosticados de EAP, de los que 2 pacientes fueron derivados a la consulta de vascular.

La Almolada:

Revisión pie diabético: 20 pacientes (40,82%), de los que 17 pacientes (85%) tuvieron una exploración normal y 3 pacientes (15%) fueron diagnosticados de EAP. Ninguno fue derivado a la consulta de vascular.

Castejón:

Revisión pie diabético: 26 pacientes (45,61%), de los que 25 pacientes (96,15%) tuvieron una exploración normal y 1 una exploración anormal. Este paciente ya estaba acudiendo a consulta de vascular.

Peñalba:

Revisión pie diabético: 5 pacientes (10,20%), de los que 4 pacientes (80%) resultaron con una exploración normal y 1 paciente (20%) con exploración anormal. Este paciente no quiso acudir a consulta de vascular.

Candanos:

Revisión pie diabético: 40 pacientes (90,9%), de los que 28 pacientes (70%) tuvieron una exploración normal y 12 pacientes (30%) una exploración anormal. De los pacientes diagnosticados de EAP, 3 pacientes fueron derivados a vascular y el otro paciente ya estaba siendo controlado en la consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del proyecto por parte del equipo ha sido positiva ya que se han mejorado las cifras de realización de la exploración del pie diabético que estaba antes de la realización del proyecto entorno al 34% y a la realización del proyecto se ha aumentado al 46,4 % de los pacientes.
Hemos tenido dificultad a la hora de la realización del doppler a muchos pacientes debido a que nuestro centro no cuenta con un doppler para la realización de esta prueba y hemos utilizado uno aportado por el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0737

1. TÍTULO

REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

ayuntamiento de uno de los municipios. Creemos que este proyecto es sostenible y replicable en otras zonas de salud, de hecho cada vez son más centros en los que se esta realizando esta prueba.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/737 ===== ***

Nº de registro: 0737

Título
REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
GUTIERREZ TORIO ANA SARA, ABANCENS IBARRA TERESA, AMORES GONZALEZ ANA BELEN, JARIOD FANDOS MERCEDES, ABAD ROYO MERCEDES, NEVADO CASTEJON JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALUZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad arterial periférica (EAP) se manifiesta de forma sistémica como aterotrombosis y está asociada con incapacidad a largo plazo y complicaciones cardiovasculares. El riesgo de enfermedad aterosclerótica aumenta notablemente entre las personas con diabetes. El riesgo aumentado es independiente y aditivo de otros factores de riesgo cardiovascular. La aterosclerosis causa la mayor parte de muerte y discapacidad en pacientes con diabetes, sobretudo en pacientes diabéticos de tipo 2.
La mejor manera de ser diagnosticada de forma no invasiva es mediante la medición de la presión arterial y el cálculo del índice tobillo-brazo (ITB). El ITB es un test sencillo y barato que se puede realizar con un sencillo equipo de Doppler continuo y un manguito de presión. Se considera como patológico un valor de ITB = 0,9 y, por tanto, resulta predictivo de morbilidad y mortalidad asociadas a la EAP.
Por lo tanto, la exploración vascular en el paciente diabético en las consultas de atención primaria, supone un papel fundamental en la detección precoz de la enfermedad arterial periférica y en seguimiento de estos pacientes crónicos, previniendo así la aparición de complicaciones vasculares como las úlceras de pie diabético.
En el Servicio Aragonés de Salud, es la enfermera de atención primaria la que se encarga de realizar la exploración vascular mediante el índice tobillo-brazo mediante el uso del doppler a todos los pacientes diabéticos que estén en la cartera de servicios con diagnóstico de diabetes Mellitus, utilizando para ello el protocolo de "Exploración de pie diabético" existente en el programa utilizado en atención primaria OMI-AP. En nuestra zona de salud, debido a la falta de material para la exploración del pie diabético, solamente se estaba realizando a un % muy bajo de los pacientes diabéticos.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana de nuestro proyecto son los pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2. Realización de la exploración de los pies a los pacientes diabeticos tipo 2. Conocer la prevalencia de EAP en los pacientes diabeticos de nuestra zona de salud. Tambien la existencia de otras patologías en los pies (úlceras, micosis...) Mejorar los conocimientos de los pacientes sobre como cuidar sus pies.

MÉTODO
1-Sesión formativa con el equipo sobre la exploración pie diabético para refrescar conocimientos y unificar criterios durante la ultima semana de mayo de 2018. Se realizarán reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común.
2- Realización de exploración de pie diabético con uso de doppler en la consulta programada de enfermería, para ello, usaremos como modelo el protocolo que ya existe en OMI AP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0737

1. TÍTULO

REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

3- Educación sanitaria a cada paciente después de la consulta sobre el cuidado de los pies en el paciente diabético entregando una hoja informativa como apoyo a nuestra explicación.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes con la realización de la exploración del pie diabético en la zona de salud. (en estos momentos solo se ha realizado a un 34% de los pacientes según cuadro de mandos de diabetes)
Prevalencia de EAP en los pacientes diabéticos explorados en nuestra zona de salud (Nº total pacientes con EAP/ nº pacientes diabéticos explorados). La prevalencia es del 15-20 % en estudios realizados previamente.
Porcentaje de pacientes con una exploración del pie diabético normal.
Porcentaje de pacientes derivados a vascular.

DURACIÓN

- Charla formativa en CS para todos los profesionales ultima semana de mayo: se entregaran pautas comunes para la actuación de los profesionales y un listado con los pacientes diabeticos que corresponden a cada cupo.
- El proyecto se realizará de mayo a diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0829

1. TÍTULO

EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO IES DE BUJARALOZ

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES ABAD ROYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BUJARALOZ
· Localidad BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAGRASA VILLUENDA MARIA ARANZAZU
BARCO MARCELLAN MARIA PURIFICACION
GUTIERREZ TORIO ANA SARA
ABANCENS IBARRA MARIA TERESA
OCHOA ZARZUELA DIEGO
AMORES GONZALEZ ANA BELEN
LLANOS CASADO MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado reuniones todos los miembros del equipo que participamos en el proyecto de calidad para decidir los contenidos, la distribución de las sesiones formativas y los temas a desarrollar por cada uno de nosotros, hemos realizado presentación de power point como ayuda a la hora de exponer los temas a los asistentes. También nos reunimos con profesores y AMPA para concretar la fecha de realización de las sesiones formativas (Mayo 2018) Hemos elaborado los cuestionarios que deberían realizar los asistentes antes y después del curso. Así mismo hemos elaborado la encuesta de satisfacción que deberían rellenar los participantes al final del curso, y hemos preparado el material de apoyo para entregar a los participantes (Durante los meses de Junio, Julio, Agosto Y Septiembre).
Aunque se concretó que las charlas se realizarían en Noviembre de 2018, no ha sido posible realizarlas por falta de coordinación en fechas y horarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que no se han podido realizar las charlas es imposible señalar los resultados alcanzados de acuerdo a los indicadores y objetivos que nos habíamos planteado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En principio seguimos considerando tanto los participantes en el proyecto como los asistentes a la charla, que es pertinente e interesante poder concluir este proyecto, por todo lo cual vamos a seguir trabajando durante el 2019 para poder impartir el curso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/829 ===== ***

Nº de registro: 0829

Título
EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO Y IES DE BUJARALOZ

Autores:
ABAD ROYO MERCEDES, VILLAGRASA VILLUENDAS MARIA ARANZAZU, BARCO MARCELLAN MARIA PURIFICACION, GUTIERREZ TORIO ANA SARA, ABANCENS IBARRA TERESA, OCHOA ZARZUELA DIEGO, AMORES GONZALEZ ANA BELEN, LLANOS CASADO MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALOZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población diana son adultos sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0829

1. TÍTULO

EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO IES DE BUJARALOZ

PROBLEMA

Actualmente la principal causa de muerte en países desarrollados son las enfermedades cerebrovasculares, afecciones cardíacas y accidentes. La mayoría de los eventos cardíacos se producen en presencia de otras personas, la tasa de mortalidad es más alta cuando estos suceden en el ámbito extrahospitalario, en estos casos la tasa de supervivencia aumentaría si se iniciasen las maniobras de reanimación de forma precoz, teniendo en cuenta además que en menos del 25% de los casos se inician maniobras de reanimación por parte de los testigos.

Además existen otros ambientes laborales o entornos donde es más recuente la aparición de accidentes y situaciones de emergencia, así el centro escolar es el lugar donde mayor número de accidentes de menores se producen

En el caso tanto de los accidentes como de enfermedades y lesiones, los primeros auxilios proporcionados por los testigos, salvan vidas y limitan la extensión de la lesión

La familia y la escuela resultan el ámbito ideal para generar y transmitir conductas por medio de la información y la educación para la salud.

Los primeros auxilios dan respuesta a una necesidad que la sociedad actual demanda, en ocasiones de forma explícita, desde el conocimiento de que su propia actuación mejoraría la eficacia de las acciones posteriores de los servicios sanitarios.

La pertinencia del proyecto vendría también dada por la publicación de la resolución de 7 Noviembre de 2017 relativa a la intervención en situaciones de urgencia en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana a la que va dirigido el proyecto son tanto los padres como el personal docente del colegio/instituto de la población de Bujaraloz.

El objetivo principal sería ampliar y mejorar los conocimientos y las técnicas en primeros auxilios, que permitan una atención inmediata ante una situación de urgencia o emergencia y así mismo minimizar el daño producido por el auxiliador por desconocimiento o impericia.

Como objetivos específicos:

Que padres y docentes conozcan el concepto de primeros auxilios y cadena de supervivencia.

Que conozcan el teléfono de alerta sanitaria.

Que sean capaces de controlar la situación hasta la llegada del personal sanitario

Ser capaces de controlar la seguridad del propio accidentado así como la del auxiliador

Evitar más lesiones y alteraciones que puedan agravar el daño inicial.

Aumentar el grado de satisfacción en la población diana.

MÉTODO

Reuniones entre el personal sanitario que participa en el proyecto para decidir los contenidos y distribución de las sesiones formativas que se desean impartir.

Realización de power point para exposición de los contenidos teóricos

Esta previsto realizar reuniones con el personal docente del colegio/ instituto, así como con representantes del AMPA para concretar la fecha de realización de las sesiones formativas.

Se pretende realizar dos sesiones de dos horas de duración cada una de ellas en las que se hará una exposición teórica seguida de la realización por parte de los padres/docentes de actividades prácticas según el modelo de observación-repetición.

INDICADORES

Realización por parte de los asistentes al curso de un cuestionario de conocimientos previos sobre primeros auxilios.

Evaluación in situ de la correcta realización de las actividades y maniobras que van a realizar durante el taller práctico.

Cuestionario posterior a la realización de cada una de las sesiones en el que se debe evidenciar un mayor índice de aciertos en las respuestas.

Encuesta de satisfacción, así como recogida de sugerencias y comentarios por parte de los alumnos que realizan el curso.

DURACIÓN

Las reuniones con profesores y AMPA se llevaran a cabo durante el mes de mayo de 2018.

Durante los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre, se realizarán las reuniones con los participantes en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0829

1. TÍTULO

EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO IES DE BUJARALAZ

el proyecto para concretar contenidos y realizar power point, así como la elaboración del material escrito que se entregará a los asistentes.

Las sesiones están previstas impartirlas durante el mes de Noviembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0708

1. TÍTULO

REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65 Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALOZ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ARANZAZU VILLAGRASA VILLUENDAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BUJARALOZ
· Localidad BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABANCENS YBARRA MARIA TERESA
LLANOS CASADO MARGARITA
AMORES GONZALEZ ANA BELEN
BATISTA GUTIERREZ SILVIA
ABAD ROYO MERCEDES
OCHOA ZARZUELA DIEGO
JARIOD FANDOS MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una reunión con todo el equipo de AP del centro de salud de Bujaraloz, tanto médicos como enfermeras (ya que la captación de estos pacientes se puede realizar en ambas consultas) para unificar criterios sobre las pautas de búsqueda de la población diana en el mes de febrero de 2019. Se propuso que la duración del proyecto fuese de Marzo de 2019 a Diciembre de 2019.

Acordamos que nuestra población diana serían las personas nacidas entre los años 1950 y 1954, es decir, los comprendidos entre los 65 y 70 años. En base a esto se elaboraron listados para cada uno de los pueblos que pertenecen al Centro de Salud (Bujaraloz, La Almolda, Castejón, Valfarta, Peñalba y Candanos) con la población de estudio.

Mediante los listados se realizó la recogida de datos a través de 3 vías diferentes:

Se comprobaron los calendarios vacunales del programa OMI AP para ver si estaban o no vacunados o si faltaba alguna dosis.

En los que no había nada registrado en OMI, se procedió a mirar las Historias de papel donde se anotaban antiguamente las dosis y el tipo de vacuna administrado por si faltaba algún dato que pasar al programa informático (con esto también se comprobó que estaba volcada toda la información vacunal de las historias) Y, por último, preguntamos directamente al paciente sobre la vacunación y si tenían por casa algún documento o registro que constataste la vacunación, ya que si no hay registro escrito cuenta como NO administrada. Se les realizó un cuestionario a cada uno de los pacientes implicados sobre el motivo de la incorrecta o nula vacunación del tétanos. Resultando aproximadamente de un 72% olvido de administrar la dosis correspondiente y 28% desconocimiento total.

Se les ofertó a todos ellos la posibilidad de continuar con la vacunación o iniciar primovacunaación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto era aumentar el número de personas correctamente vacunadas del tétanos tanto administrando las dosis que faltan hasta completar la vacunación como iniciar primovacunaación. Se trata de un estudio realizado en un centro de salud rural de Zaragoza Sector I. La población a estudio fueron todos los pacientes de 65 a 70 años de edad.

La zona de salud de Bujaraloz atiende a una población de 2782 habitantes. En la zona se incluyen 6 municipios que se reparten en 5 cupos: Bujaraloz, La Almolda- Valfarta, Castejón de Monegros, Peñalba y Candanos.

Existe un total de 153 pacientes de la edad a estudio (65-70 años) que sería un 5.50% de la población total de la zona, repartidos de la siguiente manera en los diversos cupos:

Bujaraloz: 32 (1.15%)
La Almolda- Valfarta: 26 (0.93%)
Castejón: 31 (1.14%)
Peñalba: 32 (1.15%)
Candanos: 32 (1.15%)

Los resultados alcanzados al finalizar el proyecto de calidad fueron los siguientes:

BUJARALOZ: Tiene 32 pacientes (1.14%) en ese rango de edad, a los cuales se les realizó a todos revisión del calendario vacunal evidenciando que 22 de ellos (68.75%) no tenía ningún tipo de registro sobre la vacuna del tétanos, a todos ellos se les ofertó iniciar primovacunaación teniendo como respuesta la NEGATIVA de todos ellos, ninguno inició primovacunaación. 7 de ellos (21.78%) estaban vacunados correctamente y a 3 (9.38%) les faltan dosis hasta completar las 5 correspondientes.

LA ALMOLDA: Tiene 26 pacientes (0.93%) en ese rango de edad, se les hizo revisión del calendario vacunal a todos, de los cuales 20 (76.92%) no tenían ningún tipo de registro, se les ofertó iniciar la primovacunaación con respuesta de 6 NEGATIVAS (30%), 14 de ellos (70%) no contestaron ni que si querían ni que no y ninguno de ellos inició primovacunaación. Vacunados correctamente había 4 (15.38%) y a 2 de ellos (7.69%) les faltaban

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0708

1. TÍTULO

REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65 Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ

alguna dosis para completar la vacunación correcta.

CASTEJÓN: Tiene 31 pacientes (1.14%) en ese rango de edad, se les hizo revisión del calendario vacunal a todos, quedando 12 (38.70%) sin ningún registro, se les ofertó iniciar la primovacuna obteniendo 11 NEGATIVAS (35.48%) y tan solo 1(3.22%) inició primovacuna. Vacunados correctamente había 15 pacientes (48.38%) y a 5 (16.12%) les faltaba alguna dosis para completar la correcta vacunación.

PEÑALBA: Tiene 32 pacientes (1.15%) en ese rango de edad, se hizo revisión del calendario vacunal de cada uno de ellos, habiendo 24 pacientes (75%) sin ningún registro, se les ofertó iniciar primovacuna a lo que sólo 2 de ellos (8.33%) aceptaron, 2 (8.33%) se obtuvieron NEGATIVAS, 15 pacientes (62.5%) dijeron que se lo pensarían pero al finalizar el estudio no obtuvimos ninguna respuesta y con 5 de ellos (20.83%) no se pudo contactar ni vía consulta ni vía telefónica. Del total de los pacientes a 4 (12.5%) les faltaba alguna dosis para completar la vacunación.

CANDANOS: Tiene 32 pacientes (1.15%) en ese rango de edad, a los cuales se les hizo la revisión del calendario vacunal objetivándose que en 16 de ellos (50%) no había ningún tipo de registro, a todos ellos se les ofreció iniciar la primovacuna, 3 aceptaron (18.75%), con 3 (18.75%) se obtuvo NEGATIVA y con los 10 restantes (62.5%) se habló de la posibilidad de vacunarse y al finalizar el estudio todavía no habían contestado ni que si ni que no. Vacunados correctamente había 8 pacientes (25%) y a otros 8 (25%) les faltaba alguna dosis para completar vacunación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del proyecto por parte del equipo nos ha servido para darnos cuenta del gran desconocimiento que hay por parte de la población sobre la vacuna del tétanos y la alta tasa de negativas a iniciar la primovacuna. Otra parte que ha llamado la atención es que la mayoría de la población estudiada que no estaba vacunada y de negativas es la perteneciente al sexo femenino, alegando que no están en riesgo por cortes y punciones con objetos oxidados. Los hombres sí que recordaban estar vacunados varias veces (a veces, incluso más de 5 dosis) por heridas potencialmente teratogénicas y en la mili, pero sin haber ningún tipo de registro. Se ha hablado todo el equipo de AP del C.S Bujaraloz para impartir unas charlas en las diferentes poblaciones explicando la importancia de vacunarse contra el tétanos y como se puede adquirir dicha enfermedad a ver si así se consigue elevar la tasa de vacunación en la población adulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/708 ===== ***

Nº de registro: 0708

Título
REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ

Autores:
VILLAGRASA VILLUENDAS MARIA ARANTZAZU, ABANCENS YBARRA MARIA TERESA, LLANOS CASADO MARGARITA, AMORES GONZALEZ ANA BELEN, BATISTA GUTIERREZ SILVIA, ABAD ROYO MERCEDES, OCHOA ZARZUELA DIEGO, JARIOD FANDOS MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALUZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cobertura de vacunación en nuestra población infantil es de las más altas de Europa (>95%), pero dicha cobertura disminuye de forma drástica en la edad adulta, encontrándose muy por debajo de los niveles recomendados por la OMS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0708

1. TÍTULO

REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65 Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ

Teniendo en cuenta el beneficio potencial de las vacunas y el importante papel que desempeñan los profesionales sanitarios en conseguir una adecuada cobertura, se hace pertinente iniciar un estudio para detectar los factores que influyen en la aceptación o rechazo de algunas vacunas en la edad adulta (creencias, actitudes, conocimientos...)

En España, el 68,9% de los casos y el 96,9% de las muertes se producen en mayores de 60 años no vacunados, o vacunados de forma incompleta.

Considerando que la vacunación masiva frente al tétanos se introdujo en España hacia 1964 en la escuela y en 1967 en el ejército y en 1975 se implantó el primer calendario vacunal y que los grados de protección pueden durar entre 25 y 30 años, después de una vacunación correcta, es probable que esté protegida más del 90% de mujeres menores de 50 años con escolarización normal y varones menores de 61 años (vacunación en escuela y ejército).

En la actualidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo, recomienda la administración de una sola dosis a los 65 años a todos aquellos que hayan recibido correctamente este calendario infantil. En caso de vacunación incompleta, se administrarán las dosis de recuerdo necesarias hasta un total de 5 dosis.

El estudio está centrado en la situación vacunal antitetánica y en adultos entre 65 y 70 años.

Su justificación viene dado por el hecho de que el tétanos tienen elevada mortalidad, y no existe inmunidad natural, existiendo sin embargo, una vacuna muy eficaz, lo que supone que la enfermedad puede ser prevenida de forma eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS

Estimar la prevalencia de la cobertura vacunal antitetánica en población mayor de 65 años del C.S Bujaraloz.
Analizar las variables influyentes en dicha cobertura
Completar o iniciar primovacunación en casos detectados de vacunación incompleta.
Establecer la cobertura de vacunación al finalizar el proyecto.

MÉTODO

Reuniones entre el personal sanitario para establecer pautas de la búsqueda.

Búsqueda activa mediante listados de adultos mayores de 65 años que consideraremos la población diana.

Recogida de datos preguntando directamente a las personas mayores de 65 años que acuden a consulta.

Realización de cuestionario sobre el motivo de la incorrecta vacunación (desconocimiento, olvido...)

Se ofertará vacunación a todos aquellos mayores de 65 años tanto para completar como para iniciar primovacunación.

INDICADORES

Cobertura de vacunación antitetánica previa al estudio.

Cobertura de vacunación al finalizar el estudio.

Cuestionario sobre el motivo de la incorrecta vacunación.

DURACIÓN

En Marzo de 2019, se iniciará el estudio con el listado de los pacientes mayores de 65 años pertenecientes a los municipios asociados al C.S DE BUJARALUZ.

En el mismo mes, se elaborará el cuestionario para averiguar el motivo por el que no se encuentran correctamente vacunados.

De Marzo 2019 a Diciembre de 2019, se detectarán los incorrectamente vacunados y se ofertará la posibilidad de completar vacunación correcta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0708

1. TÍTULO

REVISION DE VACUNACION DE TETANOS EN POBLACION ADULTA ENTRE 65 Y 70 AÑOS EN C.S BUJARALUZ

*** ===== **

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1752

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 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 - 2016/1752

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 lo 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 - 2018/0295

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL HERNANDEZ ABADIAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LUNA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ DE ZABARTE LOSCERTALES FERNANDO
ASENJO COBOS CLAUDIA
SOLER ABADIAS ROSA MARIA
MANJON DOMINGUEZ MARIAN
ARANAZ DE MOTTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

+Se realiza sesión informativa de comunicación interna entre los profesionales con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar.
+Se diseña una hoja de registro, una hoja de posología de medicación para entregar a los pacientes y unos pictogramas (con la ayuda del servicio de informática) para pegar en las cajas de los pacientes.
+En este primer semestre a partir de un listado de pacientes polimedificados por encima de los 65 años (sacado desde la central de Zaragoza) se les ha ido llamando, informando de la puesta en marcha del programa y entrevistando.
+En las diferentes entrevistas, se ha valorado primero la capacidad funcional, cognoscitiva y social del paciente para hacerse cargo de la medicación (SI NO CUMPLÍA CRITERIOS SE DELEGABA EN EL CUIDADOR).
+En segundo lugar durante las entrevistas se ha ido valorando la adherencia (test de Morinsky-Green), así como el conocimiento del paciente acerca de la medicación que toma (el cómo, cuándo y para qué), así como realizando educación sanitaria en aquellos aspectos que se tenían que mejorar.
+Como métodos de ayuda para conseguir esa mejora, se le entrega al paciente una hoja de POSOLOGÍA con la medicación que toma y asimismo se le pegan en las cajas de la medicación unos pictogramas que le ayuden a entenderlo mejor.
+Durante el segundo semestre, vamos a ir entrevistando a todas aquellas personas que no han cumplido con la adherencia correctamente ó que desconocían aspectos relacionados con su medicación, para ver si se ha cumplido nuestro objetivo de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

+Hasta la finalización del proyecto, no puedo emitir datos al respecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En espera de acabar el proyecto, lo que puedo decir es que se necesita dedicación y tiempo a nivel individual y que debería de programarse en las agendas por parte de todos los profesionales como actividad a seguir. Los pacientes en general, agradecen bastante esta dedicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/295 ===== ***

Nº de registro: 0295

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
HERNANDEZ ABADIAS MARIA ISABEL, MARTINEZ DE ZABARTE LOSCERTALES FERNANDO, ASENJO COBOS CLAUDIA, SOLER ABADIAS ROSA MARIA, AZNAR GIMENEZ RAMON, MANJON DOMINGUEZ MARIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LUNA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: POBLACION > 65A NOS QUE TOME MÁS DE 5 MEDICAMENTOS DIFERENTES DE FORMA CRÓNICA Ó HABITUAL.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0295

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de las esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapéuticos cada vez más estrictos, son algunos de los factores que están influyendo en el hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de 5 fármacos para prevenir ó tratar problemas de salud.

Uno de los problemas más importantes es la falta de adherencia al tto, sobretodo en patologías crónicas donde se estima que el cumplimiento terapéutico se sitúa en torno al 30-50%.

Las alteraciones cognitivas ó sensoriales, la dificultad para entender prospectos y recomendaciones ó identificar correctamente los medicamentos por un cambio de marca, son factores que influyen en la baja adherencia.

Desde el ámbito de la ATENCIÓN PRIMARIA queremos educar a estos pacientes sobre el uso correcto de la medicación, así como evitar el consumo innecesario de fármacos, el riesgo de reacciones adversas medicamentosas ó interacciones farmacológicas y reducir el gasto farmacéutico.

Asimismo, consideramos adecuado rebajar el rango de edad a los 65 años, puesto que cada vez son más los pacientes incluidos en este grupo que consumen más fármacos y nos parece que también es bueno empezar a educar en el consumo desde una edad temprana puesto que la capacidad de comprensión es mayor y así cuando lleguen a los 75 años ya se considerará como un hábito.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL:

+Mejorar la salud y la calidad de vida en la población polimedificada mayor de 65 años mediante el asesoramiento y la educación sanitaria sobre el uso de fármacos por parte de los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

+Detectar y resolver problemas en la utilización de medicamentos.

+Incrementar el conocimiento sobre el uso y manejo de la medicación a pacientes, familiares y/o cuidadores en un 10%.

+Mejorar el cumplimiento terapéutico y evitar riesgos y reacciones adversas de los pacientes polimedificados en un 10%.

MÉTODO

CAPTACIÓN a través de la consulta de enfermería y de medicina programada, a demanda y a través de una visita domiciliaria (concertar cita con BOLSA MEDICINAS).

PREPARACIÓN DE LA CONSULTA:

+Recuperar de la h^a clínica la hoja de receta electrónica, revisar el plan terapéutico con el médico y preparar como material de apoyo HOJA DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE que refleje dosis y posología.

ENTREVISTA CON EL PACIENTE:

+Comprobar el ° de conocimiento de la medicación y valoración cognitiva y social si hace falta, medir la ADHERENCIA (escala de MORISKY-GREEN) e intervenir mediante EDUCACIÓN (para resolver dudas, corregir errores).

INDICADORES

COBERTURA:

+N° pacientes incluidos en programa/n° de pacientes polimedificados existentes en el mismo período de intervención.

ACTIVIDAD:

+N° de pacientes incluidos en el programa a los que se les ha realizado la entrevista y entregado la hoja de medicación a los 6 meses de iniciada la intervención/ n° de pacientes totales incluidos en el programa.

+% de cumplimiento según el test de MORISKY a los 6 meses del inicio del programa - tasa de cumplimentación inicial.

+Grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su medicación a los 6 meses de seguimiento en el programa - grado de conocimiento actual:

SATISFACCIÓN:

+Grado de satisfacción de los usuarios del programa de atención sanitaria al paciente polimedificado en el CENTRO DE SALUD DE LUNA al año de iniciado el programa.

+Grado de satisfacción de los profesionales con el programa de atención sanitaria al paciente polimedificado en el CENTRO DE SALUD DE LUNA al año de iniciado el programa.

DURACIÓN

Durante el 1er y 3er trimestre del año se seleccionarán los participantes.

A lo largo de todo el año (todos los trimestres) se podrán ir realizando entrevistas sobre los pacientes que se van captando.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0295

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

SEGUIMIENTO:

Es necesario programar una revisión como mínimo cada 6 meses dependiendo de las necesidades detectadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1514

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

Fecha de entrada: 29/01/2020

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.
HERNANDEZ ABADIAS ISABEL
LAZARO AYETE MARIA TERESA
ARANAZ DE MOTTA MARTA
MANJON DOMINGUEZ MARIA ANGELES
SOLER ABADIAS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se lleva a cabo en cuatro poblaciones adscritas al Centro de Salud de Luna. Se realizan en dos poblaciones en noviembre y diciembre, se decide posponer las otras dos pues muchas personas se desplazaron fuera de su municipio en el mes de diciembre con sus familiares durante el periodo navideño. Previamente a la actividad se formaron los grupos Balint de 9 y 11 personas en los consultorios de las dos poblaciones. Nos pusimos en contacto con los integrantes del Consejo de Salud de las poblaciones en cuestión y también con los Ayuntamientos que gestionaron el lugar y el material audiovisual para la realización de la actividad. Durante la charla-taller se reparten las hojas personalizadas de registro de medicación y los pictogramas adhesivos. Desayuno saludable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza el 50% del total de las actividades con un 100% de asistencia por parte de los usuarios. Por la importancia del proyecto se decide para que la asistencia y difusión sea máxima la realización de las dos actividades pendientes en el mes de febrero y marzo de 2020. En visitas posteriores al consultorio se constató que el 100% de los usuarios preparaban su medicación correctamente, eran capaces de asociar cada medicación con su patología y colocar correctamente den las cajas los pictogramas adhesivos (para la tensión, azúcar huesos, corazón... y en que momento tomarlos). Se detectaron en uno y dos casos respectivamente un incumplimiento de adherencia al tratamiento). El que los usuarios fueran cooperadores activos de una manera tan gráfica les reportó mucha satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La respuesta por parte de los usuarios ha sido tan satisfactoria que habrá que plantear ampliar la actividad a mas población. Para nuestra sorpresa tuvimos que replantear el contenido de la charla al detectar en grupo de discusión Balint que una parte significativa de los usuarios veía con toda normalidad el pedir consejo y medicación a un familiar o vecino con la misma patología o en casos de alguna patología aguda como procesos respiratorios, dolor muscular etc sin supervisión médica, con el riesgo que ello conlleva. Nos hemos puesto en contacto con el farmacéutico dela ZBS para que en futuras charlas nos acompañe y reforzar la idea de que la autogestión de la medicación es algo necesario, individualizado para cada persona, pero siempre bajo supervisión del personal sanitario. Hemos llegado a la conclusión que también hay reforzar la idea en los usuarios de que el personal sanitario está para comprobar, hacer seguimientos, actualizar, dirigir, en una palabra ayudar a cada usuario siempre que lo necesite a resolver todas las dudas y problemas que les puedan surgir, no siendo ninguna molestia como ellos puedan pensar. Que todas las dudas por nimias que puedan parecer es muy importante resolverlas y que es muy necesario establecer un clima de confianza total para evitar problemas asociados a una mala gestión en la administración de tratamientos farmacológicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1514 ===== ***

Nº de registro: 1514

Título
INTERVENCION COMUNITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1514

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA, HERNANDEZ ABADIAS MARIA ISABEL, LAZARO AYETE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LUNA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: General
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Objetivo de seguridad del paciente e intervención comunitaria.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dado el elevado número de pacientes mayores de 65 años adscritos al Centro de Salud de Luna y siguiendo la labor que se sigue desarrollando en anteriores proyectos de calidad y atención a la comunidad, se ha detectado la necesidad de formar a este grupo de población en la autogestión correcta de su botiquín, haciendo responsables en la medida de lo posible a los pacientes de su propio cuidado para conseguir mayor adherencia a los tratamientos, mejor conocimiento de los principales grupos terapéuticos de medicamentos (grupos ATC) así como su correcta administración y control.
También hemos detectado que las relaciones sociales de estos pacientes son muy reducidas (prácticamente solo en el entorno familiar) y escasas con el resto de la comunidad, por ello a través de la creación de grupos de discusión Balint podremos analizar el conocimiento, variables y problemática que interfieren en la auto gestión de la medicación, así como, mejorar sus relaciones sociales, sintiéndose identificados con los problemas del resto del grupo y dar salida a emociones y sentimientos en un entorno de confianza.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejora de la tasa de adherencia al tratamiento .
2. Mejora de la relación personal sanitario-paciente.
3. Mejora del conocimiento, capacidad de resolución y aumento del grado de independencia en relación a la autogestión del botiquín de medicación.
4. Fomentar que el paciente se convierta en cooperador activo para poder detectar problemas relacionados con el incumplimiento de la adherencia al tratamiento.
5. Evaluar el conocimiento que tiene el paciente sobre su medicación habitual para identificar problemas asociados y dar una mejor respuesta.
6. Disminuir el sentimiento de soledad e incompreensión facilitando recursos de mejorar en relaciones sociales.

MÉTODO

Las actividades se relajarán en 4 poblaciones adscritas C.S de Luna.

1. Formación de grupos de discusión Balint (personal sanitario- paciente) de 10-12 personas máximo donde el paciente pueda libremente expresar emociones, sentimientos, dudas con respecto a las medicaciones y forma de gestión del botiquín.
2. Reunión del equipo del proyecto donde con los datos obtenidos se evalúe e identifiquen los problemas detectados.
3. Elaboración de charla-presentación con los siguientes contenidos:
 - ¿Porqué y cómo tomar la medicación?
 - Problemas en la administración de la medicación
 - Breve descripción y explicación de propiedades y como administrar correctamente los principales grupos ATC medicación, grupo A (tracto alimentario y metabolismo), C (sistema cardiovascular), J (antiinfecciosos de uso sistémico), M (sistema musculoesquelético), N (sistema nervioso), R (Sistema respiratorio), S (órganos de los sentidos).
4. Realización de talleres donde cada paciente sepa identificar su medicación por patologías y horario de administración mediante pictogramas adhesivos que se les facilitarán.
5. Almuerzo saludable en colaboración con ayuntamientos y consejo de Salud.

INDICADORES

Número de pacientes que elaboran su lista de medicación correctamente.
Número de revisiones de paciente polimedcado con test Morinsky-Green.
Número de charlas y talleres programados/nº talleres realizados >75%.
Número de poblaciones en las que se han formado los grupos y se han impartido las charlas y talleres/número de poblaciones previstas >75%

DURACIÓN

Grupos de discusión Balint 1 hora. Persona responsable: Mónica Claudia Asenjo Cobos.
Charla-presentación 40 min. Persona responsable: Mónica Claudia Asenjo Cobos.
Talleres 1 hora. Persona responsable: Mónica Claudia Asenjo Cobos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1514

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

Almuerzo saludable 1 hora. Persona responsable: Mónica Claudia Asenjo Cobos, ayuntamientos de las localidades y miembros del Consejo de Salud.
Realización prevista meses de septiembre a diciembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0217

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 población 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 - 2018/1227

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE CONCHA VITALLER SANCHO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ RAPELA ROSALIA
GRASA CAUDEVILLA MARIA MERCEDES SOFIA
SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL
ARTIGA CASTEL ENCARNA
ASARTA PEÑUELAS DAVID
GUALLAR BAILO CRISTINA
ARBUES MORLANS MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De todo lo que se cita existe memoria detallada.

- Junio 2018: Diseño de dos presentaciones, una para el Equipo del Centro de Salud y la otra para los Talleres Formativos.
- 13-06-2018: Comunicación del Proyecto en el Consejo de Salud.
- 12-09-2018: En el Consejo de Salud surgen 5 grupos para la divulgación y realización de los Talleres Formativos.
- Asociación de Padres de Alumnos de la Residencia CAMP.
- Barrio de San Gregorio
- Barrio de Juslibol
- Barrio de Sanjuan de Mozarrifar
- Urbanización el Zorongo
- 26-09-2018: Presentación del Proyecto en el C.S. de Parque Goya
- Septiembre 2018: Diseño de un díptico sobre nutrición y ejercicio y un tríptico sobre manipulación de alimentos.
- Octubre 2018: Diseño de los cuestionarios para la evaluación final y de un cartel informativo para la divulgación de los Talleres.
- Talleres Formativos:
 - 26-10-2018: Residencia CAMP (28 asistentes)
 - 6-11-2018: Centro Cívico de Mayores de San Gregorio (18 asistentes)
 - 13-11-2018: Centro Cívico Barrio de Juslibol (23 asistentes)
 - 20-11-2018: Casa de la Cultura de Sanjuan de Mozarrifar (17 asistentes)
 - 29-11-2018: Salón Social Urbanización El Zorongo (11 asistentes)
- Total: 97 asistentes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1- Total asistentes: 97 personas, total encuestas realizadas 82. La mayoría de los cuestionarios están realizados de forma correcta.
- 2- En todos los Talleres se realizó una tertulia posterior donde se pudo comprobar lo siguiente:
 - Todos los asistentes afirmaban querer mejorar y mantener su salud.
 - La mayoría aseguraban conocer los conceptos que se exponían pero agradecían volver a recordarlos y aumentar la motivación para mejorar su salud.
 - Algunos reconocían desconocer algunos de los puntos tratados y agradecían su aprendizaje.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1- Dada la experiencia anterior sobre charlas a la Comunidad, adecuamos el horario de las charlas a la población de mayor edad, a primera hora de la tarde.
- 2- Se realizó una mejor difusión, en comparación con otras charlas anteriores, involucrando a los dirigentes de los grupos antes citados y sumando otros métodos de difusión como la megafonía, carteles y sobre todo la invitación individual en consultas de Medicina y de Enfermería.
- 3- En general todas las personas veían muy útiles éstas charlas porque aumentaban su motivación para cuidar más su salud.

7. OBSERVACIONES.

Las edades de los asistentes oscilaban entre 50-90 años, no observando entre ellos población de menor edad, con lo que para futuros Proyectos sería necesario involucrar a personas de menor edad e incluso jóvenes, con temas de interés a corto plazo para ellos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1227 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1227

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Nº de registro: 1227

Título
ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADA CON LA NUTRICION, EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Autores:
VITALLER SANCHO CONCHA, ARTIGA CASTEL ENCARNA, SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL, PEREZ RAPELA ROSALIA, GUALLAR BAILO MARIA CRISTINA, GRASA CALDEVILLA SOFIA, ARBUES MORLANS MARIA JESUS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una constante que se repite en todos los Consejos de Salud del Centro de Salud de Parque Goya, es la demanda de Educación para la Salud a la Comunidad en general.
Un tema que preocupa mucho a la población es la mejora y mantenimiento de su salud relacionada con la nutrición y todos los factores que contribuyen a mejorar el Riesgo Cardiovascular.
Nuestra salud está influida por múltiples factores: sedentarismo, tabaco, estrés, la propia enfermedad; pero de todos ellos hay uno que influye de manera determinante en nuestra salud, como es la alimentación. Cómo nos alimentamos también influye en nuestra salud.
Alimentación y nutrición son dos conceptos muy relacionados pero distintos. Una persona puede estar bien alimentada y a la vez mal nutrida.
En esta actividad educativa pretendemos enseñar a la población a conseguir una alimentación sana y equilibrada, conocer la dieta mediterránea y los alimentos que la componen, fomentar la práctica del ejercicio y mejorar la higiene y manipulación de los alimentos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aprender a reconocer la diferencia entre alimentación y nutrición.
2. Enseñar qué alimentos debe incluir una alimentación variada y equilibrada
3. Mejorar la higiene y manipulación de los alimentos

MÉTODO

1. Difusión del Proyecto en el Consejo de Salud de Junio 2018
2. Difusión del Proyecto en C.S. Parque Goya la primera semana de Septiembre 2018
3. Divulgación del Proyecto en las consultas médicas y de enfermería en septiembre 2018, tanto del Centro de Salud como en los barrios rurales y propuesta de participación a los pacientes en talleres formativos que se espera desarrollar
4. Realización de varios talleres formativos tanto en el Centro de Salud como en algún barrio rural, en los meses de octubre y noviembre

INDICADORES

1. Al finalizar el taller se entregará una encuesta para comprobar que se han adquirido los conocimientos básicos relativos a los objetivos que se proponen.
2. Personas que conozcan qué alimentos debe incluir una alimentación equilibrada/ Población asistente
3. Personas que conozcan la dieta Mediterránea/ Población asistente
4. Personas que conozcan las normas básicas para la manipulación de alimentos/ Población asistente

DURACIÓN

Preparación de material: Junio-julio 2018
Difusión del Proyecto en el Consejo de Salud junio 2018
Difusión del Proyecto C.S. Parque Goya: primera semana de septiembre 2018
Divulgación del Proyecto a los pacientes para participar en los talleres previstos septiembre 2018
Realización de varios talleres formativos en el Centro de Salud y en varios barrios de la zona.
Trabajo de campo octubre - noviembre 2018
Memoria final y resultados del Proyecto diciembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1227

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1297

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II INSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ROSA ISABEL AGUAROD SEDILES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYOD ARNAL MARIA JESUS
ASARTA PEÑUELAS DAVID
ARTIGA CASTEL ENCARNA
BECANA SANJUAN MARINA ELENA
PEREZ RAPELA ROSALIA
MAZA SOLANAS PILAR
VIEJO VIDAL BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una reunion de equipo para dar a conocer el proyecto y varias reuniones para valorar la evolucion del proyecto.
Tambien se ha realizado una sesion formativa para implicar al personal sanitario, y adquirir habilidades en la deteccion de hipoglucemias en el poblacion diana.
Al paciente se le ha formado verbalmente en la consulta sobre como detectar sintomas de Hipoglucemias y como actuar ante ellas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 70% de los pacientes incluidos en este proyecto han adquirido los conocimientos necesarios para detectar una hipoglucemia.
El personal sanitario implementa sistemáticamente, en cada visita concertada, reforzar los conocimientos adquiridos en el control metabolico de estos pacientes DM2, en dicho control se trabaja de forma integral al paciente tanto para detectar hipoglucemias así como manejar la dieta y el ejercicio y la administracion correcta de farmacos,

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario mantener de forma constante un aprendizaje y reforzar las habilidades adquiridas en dicha formacion. Solicitamos dar continuidad a este proyecto para evaluar a los pacientes incluidos, a largo plazo y poder darles la posibilidad de entrar en el programa de apoyo T-Coach para poder ver y evaluar los resultados conseguidos. Ha quedado pendiente una encuesta final para evaluacion del aprendizaje adquirido y nos gustaria poderla implementar sistemáticamente en la consulta

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1297 ===== ***

Nº de registro: 1297

Título
MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II INSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL, PUYOD ARNAL MARIA JESUS, ASARTA PEÑUELAS DAVID, ARTIGA CASTEL ENACARNA, BECANA SANJUAN MARINA ELENA, PEREZ RAPELA ROSALIA, MAZA SOLANAS PILAR, VIEJO VIDAL BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1297

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II INSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de la esperanza de vida en la población y un estilo de vida más sedentaria ha hecho que la incidencia de Diabetes Mellitus tipo II tratada con insulina vaya en aumento. La media de edad de los pacientes diabéticos es elevada y en ocasiones su formación limitada lo que contribuye a no reconocer episodios de hipoglucemia que pueden ser objeto de consulta frecuente y provocar situaciones que requieran atención urgente. Si bien con el paso de los años se han mejorado los diferentes tipos de insulina y por tanto se ha conseguido disminuir la frecuencia de episodios hipoglucémicos, el hecho es que sigue existiendo este riesgo que puede poner en peligro la vida del paciente. Es importante por tanto reconocer los síntomas de la hipoglucemia por parte del paciente y también por parte de su familia más directa. Con una buena detección se conseguiría reducir la frecuencia de aparición de los episodios urgentes, mejorar el control de la enfermedad y mayor calidad de vida para el paciente y su familia.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer factores que pueden provocar episodios de hipoglucemia
Reconocer precozmente los síntomas de hipoglucemia
Saber actuar ante un episodio de hipoglucemia tanto por parte del paciente como por parte de su familia o cuidadores o convivientes cercanos.
Disminuir incidencia de episodios hipoglucémicos.

MÉTODO

Reunión de equipo para dar a conocer el proyecto y actividades a realizar, mejorando los conocimientos ya obtenidos de la detección y manejo de las hipoglucemias por parte del equipo sanitario. Tras la selección de pacientes DM tipo II en tratamiento con Insulina, a dichos pacientes se les pasará una encuesta para evaluar sus conocimientos iniciales y se facilitará otra para sus familiares cercanos. Formación de los pacientes tras conocer sus conocimientos ideales y dar por escrito las situaciones que pueden provocar hipoglucemias y la forma de actuación. Dicha formación se realizará de forma individualizada si el número de pacientes lo permite por parte del equipo de enfermería.

INDICADORES

Valorar la diferencia de los resultados sobre conocimientos de la hipoglucemia de la encuesta inicial frente a la encuesta que se realizará los 6m., que evaluará la mejora tras la implantación de este proyecto.
Evaluar incidencia de episodios hipoglucémicos en diabéticos en tratamiento con insulina en nuestro centro durante el proyecto respecto al año anterior.
Grado de satisfacción de los pacientes participantes y del personal médico que ha participado en el proyecto.

DURACIÓN

Junio 2018: Reunión de equipo y selección de pacientes durante este mes por parte del personal médico y enfermería.
Julio - Septiembre 2018: Realizar encuestas por parte del personal de enfermería.
Septiembre - Noviembre 2018: Formación de los pacientes por parte de enfermería en colaboración con el médico.
Diciembre 2018- Enero 2019: Iniciar reevaluación nuevos conocimientos adquiridos a partir de los 6m de la encuesta de inicio.
Febrero- Marzo 2019: Valorar resultados de mejora del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0584

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE SUS RESULTADOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE CONCHA VITALLER SANCHO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SISAMON VALDRES CARMEN
BECANA SANJUAN MARINA
ARTIGA CASTEL ENCARNA
IBÁÑEZ FLETA EVA
GARCIA MARTINEZ OLIVIA
LEZCANO URIEL JUDITH
PEREZ RAPELA ROSALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

"De todo lo que se cita existe memoria detallada"

1- Mayo 2019 se presenta el Proyecto a todo el Equipo de Enfermería, explicando el peso específico que tiene la enfermera en éste Servicio, se adelanta que hemos solicitado una lista actualizada de los pacientes incluidos en dicho Servicio, para realizar la 1ª Evaluación.

2- Junio 2019 se presenta el Proyecto en el Consejo de Salud de la Zona y se elabora una lista con 4 indicadores, referente a tener registrado en OMI-AP en el Apartado Paciente Crónico Complejo

- Protocolo de Acogida
- Plan de Intervención
- Valoración Enfermera
- Valoración Socio- Familiar

En varias reuniones de Enfermería se recuerda los indicadores que se evaluarán tanto en la 1ª evaluación como en la 2ª evaluación siendo éstos Registros de OMI-AP

3- Julio 2019 se procede a realizar la 1ª evaluación del Proyecto.

4- Diciembre 2019, se solicita nuevo listado de los pacientes incluidos en el Servicio

5- Diciembre 2019 se realiza la segunda evaluación de los pacientes incluidos en éste Servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1ª Evaluación, resultados:

- 57 pacientes incluidos en el Servicio
- 1 paciente queda excluido porque se le realizó el Protocolo de Inclusión pero luego se le excluyó del Programa.
- 24 pacientes tienen presentes los 4 indicadores
- 10 pacientes tienen presentes 3 indicadores
- 8 pacientes tienen presentes 2 indicadores
- 14 pacientes tienen presentes 1 indicador

2ª Evaluación, resultados:

- 57 pacientes incluidos en el Servicio
- 1 paciente queda excluido porque se le realizó el Protocolo de Inclusión pero luego se le excluyó del Programa
- 2 pacientes fallecidos
- 1 paciente Fuera de la Zona Básica
- 32 pacientes tienen presentes 4 indicadores
- 10 pacientes tienen presentes 3 indicadores
- 5 pacientes tienen presentes 2 indicadores
- 6 pacientes tienen presente 1 indicador

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- Con la elaboración y puesta en marcha de éste Proyecto se ha demostrado la importancia de los listados actualizados de pacientes incluidos en el Servicio

2- La diferencia de las dos evaluaciones es positiva por el aumento de los pacientes que tienen presentes los 4 indicadores y la disminución de los que solo tienen 1 indicador

3- Y de especial relevancia es que cada enfermero visualice sus propios resultados

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0584

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE SUS RESULTADOS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/584 ===== ***

Nº de registro: 0584

Título
MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS

Autores:
VITALLER SANCHO CONCHA, ARTIGA CASTEL ENCARNA, BECANA SANJUAN MARINA, GARCIA MARTINEZ OLIVIA, IBAÑEZ FLETA EVA, LEZCANO URIEL JUDITH, ROSALIA PEREZ RAPELA, SISAMON VALDRES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cronicidad de la enfermedad y el envejecimiento de la población ha dado lugar a éste Protocolo, en el que se pretende la mejora de la salud del paciente, la prevención de sus limitaciones de carácter crónico y su Atención Integral, centrándose en las necesidades de la población en general y del individuo en particular, garantizando la continuidad de los cuidados y favoreciendo su autonomía personal.

Los objetivos de éste Protocolo van encaminados a mejorar la accesibilidad de éstos pacientes y sus cuidadores a su Equipo de Atención Primaria así como hacer fluida la comunicación entre el nivel de Atención Primaria y el de Atención Especializada(Unidad del paciente Crónico Complejo) con el fin de minimizar las descompensaciones y la aparición de eventos adversos, así como mejorar su calidad de vida.

Con fecha 14-02-2018 se imparte en el Centro de Salud una Sesión Clínica para comenzar la implementación de éste Protocolo, observando una gestión deficitaria de éstos pacientes por no disponer de una lista actualizada de los mismos.

La actualización de los listados y la mejora en la implementación del protocolo, incluyendo los registros de OMI-AP, redundaría en una mejor coordinación médico-enfermera y mejor coordinación de los profesionales de Atención Primaria con los profesionales de la Atención Especializada (Unidad del Paciente Crónico Complejo), todo ello en beneficio del Paciente Crónico Complejo

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar los registros de OMI-AP
Monitorizar los Resultados del Protocolo

MÉTODO

- Disponer de una lista actualizada de los pacientes incluidos en éste Servicio en los meses de abril y noviembre.
- Para mejorar la Implementación del Protocolo, realizaremos una Sesión Clínica para el Equipo de Enfermería en mayo 2.019, pues consideramos que la enfermera tiene un "peso específico" importante en dicho Servicio.
- Elaboración de una lista de "item" relacionada con la Atención al Paciente Crónico Complejo: existencia o no de la Inclusión del paciente en el Servicio, Plan de Acogida, Valoración Enfermera, Plan de Intervención, Valoración Sociofamiliar etc....
- Para llevar a cabo éste Proyecto necesitaremos disponer de una lista actualizada de los pacientes incluidos en el Servicio en los meses de abril y noviembre de 2019.
- En mayo se procederá a realizar la primera evaluación de los pacientes incluidos en el Servicio, mediante la lista de "item" ya confeccionada, detectando problemas y analizando los resultados.
- En junio de 2019, se realizará una Sesión Clínica de presentación del Proyecto para todo el Equipo de Primaria y a la vez se dará a conocer el resultado de la 1ª evaluación.
- En noviembre procederemos a la realización de la 2ª evaluación de los pacientes incluidos en el Servicio.
- En diciembre realización del Trabajo de Campo con sus Resultados y la Memoria Final

INDICADORES

- Mejorar los Resultados de la Implementación del Protocolo y la Atención al paciente Crónico Complejo

DURACIÓN

De marzo a diciembre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0584

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MEDIANTE LA MONITORIZACIÓN DE SUS RESULTADOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0691

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES... Y UNOS PASOS MAS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE AMALIA OSES SORIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BECANA SANJUAN MARINA
GRASA CALDEVILLA SOFIA
LOU FRANCES GRACIA MARIA
ALBESQUE CORTES SILVIA
CASAS MORAGA MARIA LUISA
MAZA SOLANAS MARIA PILAR
ARTIGA CASTEL ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

de todo lo que se cita existe memoria detallada

Abril 2019

Y luego elaboración del proyecto de calidad
elaboración dípticos informativos
difusión en consultas médicas y de enfermería

Mayo 2019

Selección de ejercicios apropiados de calentamiento y estiramiento
Elección de aplicaciones para el móvil y otros dispositivos a utilizar en dicha actividad
Colaboración con el coach deportivo de la asociación vecinal

Junio 2019

Se encarga cartel publicitario a la escuela de diseño (ESDA)
Se elabora taller titulado adolescente y hábitos saludables
Se presenta el proyecto de calidad al Consejo de Salud y al equipo de Atención Primaria

Septiembre 2019

Se realiza información y captación de los pacientes en las consultas se elaboran listas
Se oferta también tratamiento dietético a quien lo precise
Se oferta a los colegios de la zona a través del Consejo de Salud esta actividad

Octubre 2019

Se imparte el primer taller de hábitos saludables a los pacientes implicados
Se explican ejercicios seleccionados para dicha actividad, así como el funcionamiento de las aplicaciones y dispositivos
El seguimiento se realiza en consultas programadas

Noviembre 2019

Se elabora encuesta de satisfacción

Diciembre 2019

Inclusión de este programa en la agenda comunitaria
Se realizan las encuestas de satisfacción
Se programa charla del adolescente y hábitos saludables para colegio de la zona
Se programa segundo taller para nuevo grupo interesado

Enero 2020

Se imparte taller de adolescente y hábitos saludables con 120 asistentes
Se imparte segundo taller de hábitos saludables

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de talleres programados: SI
total 3
Registro de pacientes que se apuntan a la actividad: SI
Total: 26
Registro pacientes que la acaban: SI
Total 20
Realización encuesta de satisfacción: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilidad de los dispositivos y aplicaciones de fácil uso para:
- alertarnos sobre la vida sedentaria que habitualmente llevamos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0691

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES... Y UNOS PASOS MAS

- concienciarnos de la necesidad de ejercicio físico
- ayudarnos a realizarlo

La importancia de la difusión mediante cartelería y en consulta, pero sobre todo la invitación personal
Tenemos un segundo grupo interesado en comenzar

7. OBSERVACIONES.

Los talleres programados en diciembre se impartieron en enero tras las festividades navideñas a petición de los interesados

*** ===== Resumen del proyecto 2019/691 ===== ***

Nº de registro: 0691

Título
HABITOS SALUDABLES ...Y UNOS PASOS MAS

Autores:
OSES SORIA AMALIA, BECANA SANJUAN MARINA, PUYOD ARNAL MARIA JESUS, GRASA CALDEVILLA SOFIA, LOU FRANCES GRACIA MARIA, ALEBESQUE CORTES SILVIA, MAZA SOLANAS MARIA PILAR, CASAS MORAGA MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: Sedentarismo
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dada la elevada prevalencia en la población, de sobrepeso, sedentarismo y malos hábitos en la alimentación, se plantea la educación y promoción de rutinas saludables.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover y motivar el autocuidado a través de dietas adecuada, ejercicio físico y paseo saludable e intercambio de experiencias, que favorezcan una actitud de cambio y de mejora de dichos hábitos.
- La población a la que va dirigida sería, personas con sobrepeso, diabéticos, hipertensos, o que deseen realizar una actividad en grupo (socialización)
- Interacción de la población con los profesionales y entre ellos.

MÉTODO
- Elaboración de la parte técnica y de ejercicios
- Elaboración de encuentros
- Charlas en centros docentes y asociaciones de vecinos y mayores
- Información a la población, realización de talleres y paseos saludables
- Atención individualizada en consulta programada.
- Recogida de datos y evaluación.

INDICADORES
Realización de talleres programados y realizados (SI/NO)
Registro de pacientes que se apuntan a la actividad (SI/NO)
Registro de pacientes que la finalizan (SI/NO)
Encuesta de satisfacción (SI/NO)

DURACIÓN
Planificación: marzo 2019
Talleres: 2º y 4º trimestre 2019
Evaluación: junio y diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0691

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES... Y UNOS PASOS MAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0983

1. TÍTULO

PROGRAMA CONTRA LAS AGRESIONES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN SANIDAD

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE PILAR GOMEZ GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIN GONZALEZ MARIA LOURDES
LOU FRANCES GRACIA MARIA
PUEYO LAFUENTE VALENTINA
SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL
MAZA SOLANAS MARIA PILAR
RIBOTE CALVO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de marzo y -abril de 2019 se ha contactado con un profesor que realiza cursos intensivos de autodefensa personal y preparado un calendario de actividades para realizar en 2 sesiones, se ha difundido por los medios habituales dicho taller, entre todo el personal del centro de salud parque goya, las sesiones se realizan los días 30 de mayo y 5 de junio en la sala de la matrona del centro de salud parque goya de 13 a 15 horas. participan en dichos talleres, 3 pediatras 2 enfermeras de pediatría, 2 celadores, 1 auxiliar administrativa, 2 médicos de familia, 2 enfermeras, 1 matrona y 1 fisioterapeuta. dicho taller ha sido financiado a título personal por cada una de las participantes durante dichos talleres se han aprendido diferentes técnicas para evitar el conflicto, así como de escape del agresor, y liberación de una sujeción inesperada y huida del conflicto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

se realizó el taller en las fechas programadas, con gran participación, e implicación del personal asistente, así como colaboración por parte del profesor. se presentó el proyecto finalizado al resto del equipo en un día de docencia, y se propuso la realización de nuevos talleres para reafirmar lo aprendido y mejorar en otras técnicas se pasó encuesta de satisfacción al personal que realizó el curso, siendo el resultado completamente satisfactorio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

aprendizaje básico de técnicas de autodefensa en el puesto de trabajo, con posibilidad de continuar el proyecto con nuevas sesiones para afianzar los conocimientos y ampliar las técnicas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/983 ===== ***

Nº de registro: 0983

Título
PROGRAMA CONTRA LAS AGRESIONES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN SANIDAD

Autores:
GOMEZ GIL PILAR, PALACIN GONZALEZ MARIA LOURDES, LOU FRANCES GRACIA MARIA, PUEYO LAFUENTE VALENTINA, SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL, MAZA SOLANAS MARIA PILAR, RIBOTE CALVO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INDEFENSIÓN EN EL AMBIENTE SANITARIO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: - prevención de las situaciones potencialmente conflictivas y la violencia en el lugar de trabajo.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0983

1. TÍTULO

PROGRAMA CONTRA LAS AGRESIONES EN MUJERES QUE TRABAJAN EN SANIDAD

PROBLEMA

Las agresiones al personal sanitario son una preocupación creciente en todos los países de nuestro entorno y, del mismo modo, también en nuestro país. Estas agresiones afectan a todos los grupos y categorías profesionales, pero con una incidencia mayor en el caso de las mujeres. Con este plan, se pretende dar un impulso a la prevención, para generar entornos de trabajo libres de violencia y tolerancia cero frente a las agresiones. Un entorno de trabajo inseguro afecta a las relaciones en el lugar de trabajo, a la salud y deteriora la calidad de la asistencia dispensada. Las líneas fundamentales se concretan en las mejoras en procesos de información a las personas usuarias, la capacitación y desarrollo de habilidades de los profesionales o la obtención de información que permita mejorar procedimientos y protocolos de prevención y atención a la víctima. Y apoyar plan de aprendizaje en defensa personal a las mujeres trabajadoras en ámbito de la salud. Se considera a los y las profesionales de la salud un valor esencial del sistema. Por ello, nuestro proyecto combina acciones preventivas con medidas de apoyo, asesoramiento y asistencia al personal agredido, incorpora la perspectiva de género y preserva los derechos de pacientes, al tiempo que protege la salud del personal del sector sanitario. En definitiva, presentamos un proyecto que permite enfrentar uno de los principales problemas que afectan al personal sanitario y que pone en riesgo la atención, la convivencia y el normal funcionamiento de nuestro sistema de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Taller de aprendizaje de defensa personal dirigido a las mujeres trabajadoras en ámbito de la salud.
- Impulsar la prevención de las situaciones potencialmente conflictivas y la violencia en el lugar de trabajo.
- Disponer de un sistema proactivo de soporte institucional a las víctimas de las agresiones y facilitarles el asesoramiento y defensa jurídica.
- Mejorar el conocimiento sobre las agresiones, sus causas, factores asociados y consecuencias, incluyendo los aspectos relacionados con el género, con el fin de orientar y aumentar la eficacia de las actuaciones preventivas.

MÉTODO

- Realización de taller de defensa personal. Estará dirigido a todas las profesionales del centro de salud Parque Goya.
- La financiación de este taller corresponderá al centro que lo organice o a cada una de las inscritas.
- Impulsar que se deconstruyan los estereotipos de género, tanto en el ámbito profesional, como social y familiar desde nuestro ámbito del Centro de Salud del Barrio.
- Apoyar acciones de sensibilización sobre la igualdad de género.

INDICADORES

- Presentación del proyecto en un día dedicado a Docencia en nuestro Centro de Salud. (SI/NO)
- Realización de taller para aprender defensa personal. (SI/NO).
- Evaluación de resultados de satisfacción a nivel de las mujeres que hayan realizado dicho taller. (SI/NO).

DURACIÓN

De junio a diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1363

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 (via 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 manejen.

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 - 2018/1106

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

Fecha de entrada: 23/02/2019

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.
HERNANDEZ PINA JOSE MARIA
GUTIERREZ LABORDA MARTA
BUÑUEL ALVAREZ JOSE CRISTOBAL
TIRADO AZNAR MARTA
LATORRE DEL OLMO CONCEPCION
CANALES COLAS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Comenzamos este proyecto con una evaluación de la situación actual del servicio de urgencias del Centro de Salud de Santa Isabel. Esta valoración incluía material instrumental, fármacos (control de caducidades de los mismos), personal, responsables....

A partir de aquí se planteó la formación de un grupo de trabajo (comisión) que definiera unos objetivos de mejora del servicio y una metodología para llegar a ellos.

Se elabora un cronograma de sesiones a la que deberían acudir los componentes de la comisión, esta comisión esta formada por personal médico, enfermería, de pediatría y auxiliar de enfermería.

1ª REUNION : Es la de formación del grupo. Se desarrolla el 12 de Junio y en ella se plantea la cadencia de 2-3 sesiones mensuales, cuyo horario será de 13:30 a 15:00.

2ª REUNION: Se celebra el 19 de Junio. Primera valoración del servicio y en ella se observan:

*Deficiencias estructurales : de muy difícil solución, el espacio es pequeño y hay una total falta de ventilación.

*Deficiencias instrumentales: material obsoleto y en algunos casos falta de mantenimiento. Hay que pensar que los protocolos de actuación en urgencias van cambiando a lo largo de los años, y cuando abrieron este centro no existían ciertas necesidades en material, que ahora se han vuelto indispensables. Nuestro centro es un punto de atención continuada de Zaragoza, y es importante contar con material actualizado porque hay más posibilidades de situaciones de urgencia.

*Fármacos: la mayor deficiencia es la falta de ubicación, no definida y que falta algún fármaco preciso. Se definen aquellos que se consideran de emergencia y tienen que tener un acceso inmediato. Se elabora una lista de los fármacos que deben estar o no en la sala de urgencias.

3ª REUNION: Celebrada el 26 de Junio. Se inicia adaptación del cuarto de urgencias. Determinación del carro de curas para urgencias pediátricas. Al no contar con carro de paradas, se utilizan carros de curas para ello, uno para adultos y otro pediátrico. Se retira todo material o medicación que no figura en el Protocolo del Salud (Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del Centro de Salud del Sector I)

4ª REUNION: Se fija para el 4 de Julio.

Se localizan dos maletines, los que están en mejor estado, que se puedan adaptar al protocolo. Se deshechan otros por su mal estado o su poca funcionalidad.

Se coloca material preciso en ellos, elaborando un listado de su composición, fijando stock y dejando ese listado en el maletín.

En esta reunión se plantean dos nuevos problemas:

1. La poca operatividad del verano debido a las vacaciones y la carencia de personal.
2. Concurso de traslados, con el consiguiente cambio de personal que forma parte de esta comisión.

5ª REUNION: 19 de Septiembre

Se plantea la posibilidad de integrar algún nuevo miembro en la comisión que ha llegado nuevo al equipo con el concurso de traslados.

En próximas fechas se cambiarán etiquetado de fármacos y se colocará nuevos receptáculos para ello.

Se plantea ya un sistema de rueda para revisión del cuarto de urgencias, incluyendo a los miembros del equipo, aunque no formen parte de la comisión.

6ª REUNION: 25 de Octubre

Se ratifica la nueva comisión y se les pide sugerencias a los nuevos integrantes.

Se acuerda solicitar al SALUD el material que se ha considerado preciso por parte de la comisión.

7ª REUNION: 20 de Noviembre

Se plantea realizar talleres de reciclaje en urgencias a todos los compañeros del centro y periféricos.

En otro sentido de actividades, varios miembros de la comisión hemos acudido a los talleres impartidos por el SALUD de atención en urgencias extrahospitalarias, impartido por miembros del 061.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1106

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- +Concienciar al equipo de la necesidad y la importancia de un cuarto de urgencias actualizado y cuidado.
- +Disponibilidad del equipo para el reciclaje en situaciones de urgencia.
- +Poder usar un material adecuado a nuestras necesidades (esperamos cumplan con nuestras peticiones).
- +Actualizar protocolos de urgencias y familiarizarnos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En situaciones de urgencias es primordial actualizarse y ensayar situaciones para saber como actuar. Planificar las intervenciones si se dieran esas situaciones. Da igual los años que llevemos en la profesión, la urgencia es una situación estresante e imprevisible, y lo tiene que entender todo el equipo.El fallo de uno es el de todos, sino vamos en coordinación.Para ésta comisión es imprescindible la cooperación del equipo, y estamos satisfechos porque ha sido posible. Queremos y debemos, no perder el impulso que hemos tomado para seguir con el reciclaje, pidiendo ayuda a aquellos compañeros más familiarizados con la urgencia, como los del 061, u otros que se crea necesario cuando surgen dudas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1106 ===== ***

Nº de registro: 1106

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

Autores:
ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA, BOREA BENEDICTO MARIA SOLEDAD, HERNANDEZ PINA JOSE MARIA, BUÑUEL ALVAREZ JOSE CRISTOBAL, SUPERVIA GARCIA RAFAEL, GOMEZ BLASCO BLAS, LATORRE DEL OLMO CONCHA, CANALES COLAS ANTONIO J

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: ATENCION EN URGENCIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-DETECTADOS FALLOS SIN CONSECUENCIA ASISTENCIAL PERO SIGNIFICATIVOS EN MATERIAL Y EQUIPACION DEL SERVICIO
-COMO CONSECUENCIA DE CONCURSO DE TRASLADOS RECIENTE Y SITUACION DE JUBILACIONES, SE HAN PRODUCIDO RELEVOS NUMEROSOS DE PERSONAL.
-LA ATENCION EN URGENCIA ES UN PUNTO CLAVE ASISTENCIAL EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE A.P.
CONSECUENTEMENTE ES IMPORTANTE QUE ESTA SE PUEDA PRESTAR CON TODOS LOS MEDIOS Y SEGURIDAD

RESULTADOS ESPERADOS
-ADECUACION DEL ESPACIO DE ASISTENCIA EN URGENCIA TANTO EN MATERIAL COMO EN CONOCIMIENTO DEL MISMO POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO.
.ERRADICAR LOS ERRORES QUE SE PUEDAN PRODUCIR POR MAL CONTROL DE FARMACOS
-AUTOFORMACION INTERNA DEL CENTRO EN ESTE SERVICIO Y SOLICITUD DE APOYO FORMATIVO EXTERNO

MÉTODO
- 1º REVISION Y EVALUACION DE LOS PUNTOS DEBILES DEL SERVICIO
- 2º IMPLEMENTAR UN CALENDARIO DE REUNIONES PARA ABORDARLOS.
- 3º SOLICITUD DE APOYO DE FARMACIA DE A.P. DEL SECTOR
- 4º DESCRIPCION E INFORMACION FINAL AL PERSONAL SANITARIO DEL CENTRO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

INDICADORES
-PENDIENTES DE MARCAR LOS INDICADORES DE LOGROS, DE ACTIVIDAD, DE IMPACTO, DE PROCESOS Y DE RECURSOS.
-LA EVALUACION TENDRA COMO FIN MEDIR LA CONSECUCION FINAL DE LA MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1106

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

URGENCIAS DEL CENTRO.

DURACIÓN

- LA IDEA ES DESARROLLAR EL PROYECTO ENTRE LOS MESES DE JUNIO Y DICIEMBRE DE ESTE AÑO 2018
- PENDIENTE EL CRONOGRAMA DE REUNIONES, SE PODRA ADJUNTAR EN CORTO PLAZO DE TIEMPO

OBSERVACIONES

- EL GRUPO DE TRABAJO POR TRANVERSALIDAD DEL PROYECTO INVOLUCRA A PERSONAL DE ENFERMERIA, AUX.ENFERMERIA, MEDICINA,MEDICINA DE URGENCIA Y PEDIATRIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1345

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL C.S. DE STA. ISABEL

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA TIRADO AZNAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTA ISABEL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANALES COLAS ANTONIO
TORRES FERNANDEZ ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 dos profesionales del CS de Sta. Isabel han recibido la Formación correspondiente en Dermatoscopia y Teledermatología durante dos jornadas, 22 y 26 de Noviembre de 2019, la Dra. Marta Tirado Aznar, responsable del Proyecto, y la Dra. Angeles Torres Fernandez.
Estando pendiente la adjudicación de dermatoscopios desde la Dirección para poder completar la formación, así como iniciar el diseño de Agendas para citación de pacientes de la Zona Básica de Salud.
Así mismo iniciar las Derivaciones correspondientes a Dermatología por vía telemática.
En los próximos meses de 2020 realizar la sesión informativa al resto del Equipo para informar del proceso de derivación y citación en la Consulta Monográfica de Dermatoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aún no hemos obtenido resultados dado que el proceso depende de la Dirección de AP del sector I y de la aportación al Centro del Dermatoscopio Correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La continuidad del Proyecto es indispensable para acortar listas de espera en algunas especialidades como Dermatología, así como hacer un diagnóstico correcto de derivaciones de lesiones con la prioridad adecuada según sospecha de malignidad o no.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1345 ===== ***

Nº de registro: 1345

Título
DERMATOSCOPIA EN EL C.S. DE STA. ISABEL

Autores:
TIRADO AZNAR MARTA, CANALES COLAS ANTONIO, MIGUEL MENDEZ MANUELA, TORRES FERNANDEZ ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA ISABEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: Neoplasias
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente en el Sector I existe una demora en diferentes especialidades como consecuencia de la escasez de profesionales. Una de ellas es Dermatología, siendo de varios meses la demora en primeras visitas.
Desde Atención Primaria atendemos diferentes y variadas patologías que podemos resolver con los tratamientos adecuados, pero la valoración de la malignidad de lesiones pigmentadas es difícil y complicada, sin tener la formación y recursos necesarios que nos ayuden a derivar a Dermatología con una aproximación diagnóstica correcta.
La ZBS de Sta. Isabel tiene una población aproximada de mas de 20.000 pacientes, por lo que este tipo de recursos resolverían, en parte, problemas de demora en las interconsultas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1345

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN EL C.S. DE STA. ISABEL

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos a conseguir van encaminados a:

- Una derivación correcta a Dermatología y disminución de lista de espera
- Una formación adecuada de los Médicos de AP del CS de Sta. Isabel
- Disponibilidad de un Dermatoscopio en el Centro
- Diagnóstico precoz de la patología maligna en toda la población adscrita a la ZBS
- Primer paso para comenzar la Teledermatología en el Sector

MÉTODO

- Solicitud de Formación correspondiente a la dAP del Sector I para los profesionales interesados en este Proyecto, al menos dos en el EAP de Sta. Isabel
- Solicitud de un Dermatoscopio
- Gestionar una línea directa de comunicación con Dermatólogos del Ambulatorio Grande Covian
- Organizar una agenda para citación semanal de pacientes que precisen valoración con Dermatoscopio en el Centro de Salud
- Reunión informativa con el Equipo

INDICADORES

- Número de derivaciones totales a Dermatología durante año 2018
- Número de derivaciones en 2019
- Pacientes vistos en Agenda de creada para visión con Dermatoscopio
- Pacientes vistos y derivados con patología maligna, valoración de la concordancia en el diagnóstico

DURACIÓN

El calendario de inicio dependerá del comienzo de la Formación efectuada desde la Dirección de AP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0006

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
IBÁÑEZ 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 ARNEDE 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 - 2018/0031

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA NAVARRO MAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLAMAYOR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FIGUERAS ARA MARIA CARMEN
LLANOS CASADO MARGARITA
LACAMBRA DEITO MARIA PILAR
ELVIRO BODOY TIRSO
ONRUBIA HERRANZ RICARDO
IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE
BUENACASA LAFUENTE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los objetivos iniciales del proyecto se resumían en crear un registro ordenado de libros y material virtual del Centro de Salud de Villamayor, creando una carpeta con nombre BIBLIOTECA VIRTUAL VILLAMAYOR en la unidad de red de Villamayor (U) que fuera accesible desde todos los ordenadores de la Zona de Salud, así como clasificar los contenidos de la biblioteca.

Además de estos objetivos iniciales, se planteó en una primera reunión (primer semestre de 2018), nuevos objetivos y utilidades así como las características que definían nuestra biblioteca:

- Compartir de forma eficiente el acceso a la información científica, técnica y administrativa relacionada con la asistencia sanitaria.
- Promover la colaboración entre los miembros del equipo y otros departamentos para compartir conocimiento y recursos.
- Facilitar la distribución de comunicaciones generales y la actualización de protocolos de actuación.
- Comunicar y hacer circular la información relevante.
- Impulsar sinergias destinadas a mejorar la calidad de nuestro servicio.
- Manejar de forma autónoma el material disponible.
- Reducir papel y ser más ecológicos.
- Utilizar documentos modelo comunes de información al paciente/usuario.
- Mantener un único archivo de plantillas y modelos oficiales actualizado.

FASES DEL PROYECTO

- En primer lugar se creó, en la unidad U de la red del Centro de Salud una carpeta con el nombre: BIBLIOTECA VIRTUAL VILLAMAYOR y se aprovechó para reorganizar la carpeta raíz U que contenía diversos archivos del centro acumulados durante varios años y desorganizados.
- No todos los miembros del equipo tenían acceso a la unidad U por lo que se procedió, con la ayuda de Informática de sector1 a autorizar e incluir a todos los que formamos parte del C.S Villamayor
- Tras una primera reunión presencial, se creó un grupo de whatsapp para comunicarnos de la forma más rápida y eficiente posible. Es importante que los componentes del equipo tenemos diferentes horarios de trabajo y no siempre es posible coincidir. De esta forma se han aportado ideas, opiniones y documentos de forma rápida y sencilla. Ya no ha sido necesaria una segunda reunión presencial puesto que la comunicación "virtual" ha facilitado la puesta en común de los datos de forma continua.
- Se trasladó al resto del Equipo la posibilidad de acceder y aportar documentación, así como la forma de acceder a la Biblioteca Virtual de Villamayor.
- Se determinó ir incorporando archivos y documentos, que como condiciones básicas debían cumplir: estar actualizados y tener interés para el desarrollo de nuestro trabajo diario, tanto médico, enfermería como administrativo, para posteriormente ser clasificados y archivados por materias. En un primer momento el sistema de CLASIFICACIÓN fué crear carpetas y subcarpetas organizando los archivos por materias y especialidades.
- Una vez clasificados se optó por crear una segunda forma de organización de archivos, un archivo Excel, de forma que se pudiera ver algunos de esos archivos incorporados y, de cada uno de ellos, crear un enlace para, con un "click" tener acceso directo a ellos. De esta forma hemos podido además incluir enlaces web sin necesidad de sobrecargar la memoria de nuestra unidad (uno de los principales problemas que teníamos) y el acceso a los contenidos es mucho más visual, intuitivo y rápido. Esto ha supuesto una mejora y ampliación de los objetivos iniciales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha creado una carpeta virtual en la unidad U de Villamayor y se ha facilitado el acceso a todos los miembros del equipo. Para ello hemos precisado la ayuda de informática del Sector (Enrique) que ha ido autorizando el acceso a los usuarios. Actualmente todos los usuarios tiene nivel de acceso y modificación de archivos.
- Tras crear la Unidad compartida se fueron introduciendo por todos los miembros, progresivamente los archivos clasificados por materias y especialidades. De esta forma hay material específico de Medicina,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0031

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

Enfermería y también administrativo que puede ser útil tanto para las consultas diarias como para las tareas administrativas del centro. Las materias se han clasificado en 8 carpetas principales: (archivos del correo de Villamayor, Biblioteca Médica, con 27 subcarpetas por especialidades y materias, Extracciones y pruebas de laboratorio, Legislación, Manuales de uso del OMI, Permisos, Plantillas, Solicitudes e instancias. En el archivo Excel se han incorporado alrededor de 60 enlaces a manuales, protocolos, páginas de apoyo a la asistencia y enlaces web útiles de ayuda al profesional, tanto sanitario como administrativo.

- Se aprovechó la creación de la Biblioteca para organizar la Unidad U, que en un primer momento presentaba numerosas carpetas sin ordenar ni clasificar. Ha supuesto una mejora en cuanto al orden de los archivos del Centro.

- Se ha modificado y actualizado un único archivo de plantillas y modelos oficiales, que con el tiempo se irá completando.

- Hemos creado una biblioteca de acceso sencillo, rápido y cómodo, útil para todo el servicio.

- MÉTODO DE OBTENCIÓN de documentos: aportados por los miembros del Equipo de Primaria de Villamayor, MAC, EAC así como miembros que colaboran de otros departamentos del Sector 1 (administrativos, MAC/EAC eventuales), matrona.

Las FUENTES han sido obtenidas a través de páginas web médicas e institucionales en las que se pueden descargar los diferentes archivos, manuales, documentos, plantillas y recursos médicos propios del Servicio Aragonés de Salud. Se han copiado además algunos de esos enlaces para poder acceder directamente a ellos a través del Excel que creamos en una segunda fase.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lecciones aprendidas: Era fundamental implantar un método de clasificación para que la información sea fácil de localizar, ya que el volumen que puede generarse dificulta la unidad de criterios de búsqueda. Antes de la incorporación de la información, es necesario unificar estos criterios y compartir la información para poner en común y determinar la más útil entre las existentes. Se aprende también a depender menos los unos de los otros y a ser más autónomos ante una necesidad. Colaborando personal administrativo y sanitario fomentamos la unidad del equipo, somos más útiles, generamos buen ambiente y aportamos creatividad a nuestras rutinas.

Recomendaciones: importancia de la revisión periódica y de la implicación del equipo para generar sinergias que mejoren la calidad del servicio. Ver en los cambios oportunidades de mejora y no un trabajo extra. Fomentar el trabajo colaborativo y emprendedor buscando resultados útiles para todos, que hagan más cómodo y menos rutinario el trabajo. Reconocer la labor de quienes se implican como ejemplo a seguir en el equipo. Celebrar cada pequeño logro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/31 ===== ***

Nº de registro: 0031

Título
CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR

Autores:
NAVARRO MAS MARIA VICTORIA, FIGUERAS ARA MARIA CARMEN, LLANOS CASADO MARGARITA, LACAMBRA DEITO MARIA PILAR, ELVIRO BODOY TIRSO, GONZALEZ GRACIA LUISA, BUENACASA LAFUENTE CARMEN, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE

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: todas las patologías
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: formacion/archivo-clasificación-ordenacion de documentos y archivos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La formación continuada del profesional es fundamental para un correcto desarrollo de nuestra profesión. Para ello recurrimos a la realización de cursos, sesiones clínicas del centro y por supuesto al estudio, reciclaje y lectura personal continua para estar al día. Los cambios tecnológicos de los últimos años suponen una oportunidad para ello y permiten que podamos consultar directamente en nuestro ordenador, tablet o incluso en el móvil en cualquier momento. En el desarrollo de la consulta diaria también podemos acceder gracias a la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0031

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

generalización de internet en las consultas de Atención Primaria. Para aprovechar al máximo todos los recursos de los que disponemos hemos de tener el material ordenado, clasificado y guardado, de la misma forma que estaría en una biblioteca física.

RESULTADOS ESPERADOS

- o Crear un registro ordenado de libros y material virtual del Centro de Salud de Villamayor
- o Creación de una carpeta con nombre BIBLIOTECA VIRTUAL VILLAMAYOR en la unidad de red de Villamayor (U) accesible desde todos los ordenadores de la Zona de Salud.
- o Asegurar que todos los miembros del equipo tenemos acceso a ella. Si algún miembro no lo tuviera, solicitarlo al personal de Informática del sector. Asegurar también que los miembros podemos incluir archivos.
- o Creación de varias subcarpetas para clasificar los contenidos de la biblioteca según los criterios que establezcamos más pertinentes.

MÉTODO

- o Realizar una primera sesión presencial para analizar las clasificaciones más adecuadas para organizar por materias (especialidades) y por tipos (libros, guías de práctica clínica, archivo fotográfico, sesiones clínicas, protocolos) o por criterios de utilidad para medicina o enfermería los archivos de la biblioteca que vamos a crear.
- o Establecer los requisitos que debe cumplir dicho material para ser incluido o no en la biblioteca, con el fin de que sean recursos realmente útiles, fiables y con evidencia científica demostrada.
- o Aportación por parte de los miembros del equipo de libros en formato electrónico, pdf, presentaciones, fotografías, recursos web y material susceptible de ser incluido en la biblioteca. A partir de su creación, la ampliación de la biblioteca la realizaremos de forma continua. Habrá una o varias personas responsables del control y mejora de la misma.
- Realizar una segunda sesión para valorar la puesta en marcha del proyecto y añadir mejoras a realizar.

INDICADORES

- ? Puesta en común y encuesta a los miembros del equipo sobre la utilidad y empleo de los recursos de la biblioteca
- ? Registro nominal y numérico de los archivos añadidos a la biblioteca de forma anual
- ? Índice de los contenidos de la biblioteca para facilitar su localización
- ? Registro con sugerencias de material/archivos a incluir
- ? Reuniones periódicas del grupo de mejora

DURACIÓN

- o Primera reunión en primer trimestre de 2018 para definir criterios, distribuir tareas y crear la biblioteca.
- o Solucionar problemas informáticos en cuanto a problemas de acceso a la unidad de red U de Villamayor por parte de todos los miembros del equipo.
- o Segunda reunión antes de junio de 2018 para valorar puesta en marcha, inclusión de archivos y establecer mejoras
- o A final de 2018 deberá estar establecida y funcional la Biblioteca Virtual del Centro de Salud de Villamayor.

OBSERVACIONES

: Se trata de un proyecto abierto, susceptible de, una vez creado y puesto en marcha ampliar con nuevas inclusiones a parte de material de biblioteca, como pueden ser turnos de trabajo, organización del centro o cualquier cuestión que ayude al acceso de todos a la información para mejorar el funcionamiento del equipo

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0996

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LACAMBRA DEITO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLAMAYOR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FIGUERAS ARA MARIA DEL CARMEN
LLANOS CASADO MARGARITA
ROMEO MARTIN NATIVIDAD
NAVARRO MAS MARIA VICTORIA
ONRUBIA HERRANZ RICARDO
MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER
ELVIRO BODOY TIRSO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han ido encaminadas a lograr los objetivos marcados en este proyecto: favorecer la calidad de la atención urgente minimizando incidencias; dentro del protocolo de acogida en atención primaria del centro de salud de Villamayor, desarrollar y ampliar el apartado de acogida en atención continuada, facilitando así la incorporación a los nuevos profesionales en el centro de salud, tanto los que se incorporan de forma eventual como fijos.

Actividades:

En Abril 2019, llevamos a cabo la primera sesión por parte del grupo de calidad: elaboración de un nuevo protocolo de acogida al centro de salud, ampliando el apartado correspondiente a la atención continuada. A través de una lluvia de ideas, esbozamos la información que queremos dar a conocer al nuevo compañero; que consideramos importantes para que conozca la forma de trabajar en el centro de salud de Villamayor. Se reparten tareas. Tras esta primera reunión presencial, se crea un grupo de trabajo a través de whatsapp para poder comunicarnos de forma más fácil, rápida y eficiente, y seguir aportando ideas, documentos gráficos y el material necesario para comenzar a elaborar el documento de acogida. Este formato vía red social nos es muy eficaz dado que los integrantes del grupo tenemos distintos horarios laborales.

En Mayo 2019 se lleva a cabo una sesión de presentación a todo el equipo de primaria donde se exponen los objetivos del proyecto de mejora de calidad y las actividades a realizar. Presentamos el boceto del nuevo plan de acogida, que una vez revisado, corregido y aprobado por todos, se envía ya terminado a los correos corporativos del equipo, se incorpora en la biblioteca virtual del centro y se imprime para repartir a los futuros nuevos compañeros. Se pone en circulación el nuevo protocolo a partir de Junio del 2019 con la llegada de nuevos compañeros. Se cuelga en el tablón informativo de la sala de estar una hoja de firmas con la recepción del protocolo. De este modo hemos podido contactar con los compañeros eventuales que se han beneficiado de esta puesta en marcha y cotejar su opinión sobre el protocolo. Se han repartido siete protocolos de Junio a Diciembre del 2019.

En la sala de urgencias se ubican las hojas de registro de revisiones e incidencias para todos los miembros del equipo. Se ha continuado con la firma diaria a lo largo de todo el año, donde plasmamos nuestra firma para asegurarnos que se llevan a cabo las revisiones de urgencias y anotación de cualquier incidencia. Presentamos el informe con los datos recogidos a lo largo del período anterior, cotejamos incidencias, y se animó al equipo a continuar con este registro.

Se vuelve a revisar las hojas de registro a principios de Enero 2020 para cotejar con la recogida de datos anterior. Queda pendiente su exposición al equipo.

Se llegó al consenso de colocar en un lugar visible en la sala de urgencias y consultorios locales, documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre RCP avanzada en el adulto y pediátrico. Se proporcionó el material a todo el equipo a través de sus cuentas de correo corporativo y se colgó en la biblioteca virtual del centro. Se colocaron en lugar visible al día siguiente.

Se llevan a cabo sesiones clínicas de actualización en urgencias y patología prevalente, incluidas en el registro de formación continuada, además de la sesión sin incluir del 19/11/2019 sobre urgencias extrahospitalarias. de Septiembre a Diciembre del 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha continuado con el registro de revisiones e incidencias en la sala de urgencias. Se han colgado en sitios estratégicos de la sala de urgencias de Villamayor y consultorios locales algoritmos sobre RCP y patología urgente. Se ha incorporado a la biblioteca virtual. Se ha creado un protocolo de atención continuada, que se ha incluido en el plan de acogida del centro, beneficiándose de ello cualquier nuevo compañero que se incorpore al equipo. En este caso, han sido, según la hoja de registro de entrega del protocolo, siete compañeros los beneficiados. Se ha incorporado el protocolo a la biblioteca virtual. Obtenemos una gran aceptación por parte de los nuevos compañeros con la información recibida en el nuevo protocolo de acogida. Queda pendiente la exposición al resto del equipo de los resultados obtenidos con el protocolo de acogida y del registro de firmas de mantenimiento de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0996

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

MÉTODO

Sesión en Abril 2019 de preparación del proyecto por parte del grupo de calidad .
Contacto continuo a través de whatsapp donde se recogen las ideas aportadas que van surgiendo y archivos gráficos que utilizamos para la elaboración del protocolo.
Sesión en Mayo 2019 de presentación del plan de mejora de calidad a todo el equipo.
Sesiones clínicas de exposición de proyecto y de formación continuada en urgencias.
Extracción y difusión de datos obtenidos (pendiente de comunicar al equipo).

INDICADORES MEDIDOS

Protocolo de Acogida:
Protocolo de acogida redactado e incluido en Manual de acogida en el EAP: Sí / No
Protocolo de acogida difundido-presentado en sesión clínica de EAP: Sí / No
Resolución de incidencias:
Número de incidencias tratadas / Número de incidencias registradas : 12 /12= 100%
Número de firmas de medicina/ número de registros: 133 / 256 = 51,9 %
Número de firmas de enfermería/ número de registros: 127/256 = 49,6%
Formación de profesionales en Emergencias/RCP:
Nº profesionales que asisten a las sesiones clínicas / Nº profesionales del EAP: La media de todas las sesiones viene a suponer una asistencia de un 80% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Era importante emprender el proyecto de protocolo de acogida, sobre todo en atención continuada: son muchos los datos que desconocemos cuando nos incorporamos a este equipo por primera vez, y tener dónde recurrir cuando nos surgen dudas, sirve de gran apoyo. El proyecto es totalmente viable con continuidad en el tiempo, quedando así instaurado de ahora en adelante como parte de proyecto de centro.
Ha sido vital que este equipo de trabajo estuviera compuesto tanto por los profesionales que forman parte de los consultorios locales debido a su gran dispersión, como de los que habitualmente atendemos las urgencias en horario de atención continuada.
En cuanto al registro de firmas del mantenimiento de la sala de urgencias, observamos un descenso de las mismas en este último año. Intentaremos realizar medidas correctivas para el próximo año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/996 ===== ***

Nº de registro: 0996

Título
MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

Autores:
LACAMBRA DEITO MARIA PILAR, FIGUERAS ARA MARIA DEL CARMEN, LLANOS CASADO MARGARITA, ROMEO MARTIN NATIVIDAD, NAVARRO MAS MARIA VICTORIA, ONRUBIA HERRANZ RICARDO, MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER, 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: Atención continuada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se plantea este proyecto como necesidad de dar continuidad al ya iniciado en agosto del 2016 con el mismo título, revisando y actualizando todo lo implementado en el servicio hasta ahora, e incorporando nuevas necesidades e inquietudes que surgen tras la incorporación al equipo de continuada de nuevos profesionales de forma temporal que desconocen la forma de trabajar en el servicio, así como la localización y mantenimiento de los medios disponibles.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0996

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

- Favorecer la calidad de la atención urgente y minimizar las incidencias.
- Mejorar la efectividad y eficiencia de las urgencias.
- Creación de un protocolo de acogida para facilitar la incorporación, sobre todo a la atención continuada, a nuevos profesionales en el centro de salud de Villamayor, conociendo además de la localización, uso y mantenimiento de los medios disponibles, teléfonos de interés, ubicación de consultorios y demás información de interés relativo.
- Presentación y difusión de las mejoras y del nuevo protocolo de acogida a todos los profesionales del eap.

Población diana :población perteneciente a la zona básica de salud de Villamayor y población desplazada en los periodos festivos. Nuevos compañeros que se incorporen al eap.

MÉTODO

- Hoja de registro de revisiones e incidencias para todos los miembros del eap en la sala de urgencias, y que periódicamente analizará el grupo de mejora para originar nuevas acciones correctoras.
- Sesiones periódicas de actualizaciones en urgencias y patología prevalente.
- Diseño de un protocolo de acogida para el nuevo profesional de atención continuada. Se creará a lo largo de dos reuniones; la primera para esbozar a través de una lluvia de ideas los datos que queremos dar a conocer al nuevo compañero e información que va a necesitar para conocer la forma de trabajar en el centro de salud. Reparto de tareas entre los miembros del equipo para elaborar un tríptico o documento para el protocolo. Segunda reunión: presentación y aprobación del protocolo. Presentación al resto del equipo.
- Colocar en la sala de urgencias en lugares visibles y estratégicos, documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

INDICADORES

- Monitorización del registro de firmas diaria, valorando : número de registros mensuales/firma medicina/firma enfermería/días sin ningún registro/incidencias diarias registradas. Incorporación de los resultados a una base de datos y análisis descriptivo de los mismos. Objetivo: Registro superior al 70%
- Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas y formativas. Uso de cuestionario estandar. Objetivo: cumplir 80% de las sesiones a impartir. Asistencia de un 80% a las sesiones.
- Protocolo de acogida: Valorar nivel de satisfacción de los nuevos profesionales. Indicadores: Le ha sido útil (sí/no). Añadiría alguna información más (sí/no), en caso afirmativo, especificar qué añadiría. Resultados: presentación de los datos en tablas gráficas. Objetivo: Registro superior al 80% de la variable "le ha sido útil".

DURACIÓN

Abril- Diciembre 2019:

- La hoja de registro se monitoriza de forma mensual y con intención de continuidad. Implantada desde 2016. Los miembros del proyecto de calidad son los responsables de proveer las hojas mensualmente y de la recogida de datos.
- Al menos una sesión trimestral para exponer los datos recogidos de las hojas de registro, y 1 sesión mensual de actualización en urgencias y patología prevalente, evaluando asistencia con un cuestionario. Responsables: miembros del proyecto.
- Protocolo de acogida: Se creará a lo largo del mes de Mayo. Implementación en Junio antes de la incorporación de las vacaciones de verano de nuevos compañeros. Intención de que quede implantado de forma permanente en el centro y revisado anualmente. Responsables: miembros del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1290

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA CALIDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO II

Fecha de entrada: 26/01/2020

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.

MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER
ONRUBIA HERRANZ RICARDO
ASENSIO CASORRAN CONCHITA
LACAMBRA DEITO MARIA PILAR
FIGUERAS ARA MARIA DEL CARMEN
IBÁÑEZ ALGORA MARIA JOSE
MARZAL GALINDO MARISOL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5. 5,1 Creación plan calidad
5.2 Seguimiento de forma colectiva e individual de los indicadores
5.3 Wats up motivadores al chat asistencial para mejorarlos
5.4 Publicación en el blog del centro de salud publicidad de incitación
5.5 Mejora del registro con sesiones % Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas y formativas. - Al menos una sesión trimestral para exponer los datos recogidos del cuadro de mandos de diabetes mellitus. Se realizaron ejercicios prácticos para análisis de los problemas y se puso en la formación el plan de mejora para que todos tuvieran acceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No hemos llegado al standard del 20% de los indicadores no ha sido un objetivo real pero si hemos mejorado un 6% y varios Pueblos se han puesto delante del sector I Zaragoza y Aragon. Se han cumplido la mayoría de las actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha establecido un mecanismo de dinámica para mejorar la diabetes por el control trimestral y por fomentar el autoaudit. Deberíamos hacer una sesión de compromiso previa, con una previsión de objetivo mas real. Además de continuar metiendo en el programa de formación sesiones relacionadas o relativas a la diabetes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1290 ===== ***

Nº de registro: 1290

Título
PLAN DE MEJORA CALIDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO II

Autores:
ELVIRO BODOY TIRSO, MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER, ONRUBIA HERRANZ RICARDO, ASENSIO CASORRAN CONCHITA, LACAMBRA DEITO PILUCA, FIGUERAS ARA MARIA DEL CARMEN, IBÁÑEZ ALGORA MARIA JOSE, MARZAL GALINDO MARISOL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es un proceso que tiene una alta prevalencia en España 6,96% Aragón 4,87%, pero además especialmente alta en nuestro equipo de atención primaria a veces llegando mas del doble de la prevalencia habitual en España. En nuestro centro la población la diabetes mellitus tiene un prevalencia del 14% en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1290

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA CALIDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO II

algunos pueblos del eap.

Los indicadores del diabetes mellitus tipo II van por debajo de los indicadores del sector I de los de Zaragoza y de los de Aragon.

RESULTADOS ESPERADOS

- Favorecer la calidad de la atención al diabético eap de Villamayor.
- Mejorar la efectividad y eficiencia de la atención al diabético con atención a la DIETA Y EJERCICIO.
- Revisión trimestral de los indicadores del cuadro de mandos del dm2 de la población diana

MÉTODO

Se utilizara ciclo de mejora con detección de causas, análisis de causa con diagrama de Iskawa priorización de causa con método de Hanlon, síntesis de indicadores y monitorización de los mismas.

- Reunión inicial con priorización de actividades.
- Mejora registro actividades propias del registro del dm 2.
- 3 Sesiones periódicas de actualizaciones en dm2.

INDICADORES

- Revisión inicial indicadores del cuadro de mandos de diabetes y ver aumento después establecer las actividades.
- Revisión semestral de los indicadores del cuadro de mandos del dm2
- Objetivo: aumento indicadores superior al 20%
- Porcentaje de profesionales que han acudido a las sesiones clínicas y formativas.
- Objetivo: cumplir 50% de las sesiones a impartir.
- Al menos una sesión trimestral para exponer los datos recogidos del cuadro de mandos de diabetes mellitus,

DURACIÓN

- Los miembros del proyecto de calidad son los responsables de proveer las hojas semestral y de la recogida de datos.
- Presentación y difusión de las mejoras y del plan a todos los profesionales del eap y pacientes por el blog del eap Villamayor y waths up asistencial para profesionales.
- Responsables: miembros del proyecto. 9.

ABRIL- DICIEMBRE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1614

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 transmisión 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. Esta 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. Las causas fundamentales eran 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 - 2018/0959

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA GARCIA DOMINGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ASIN MARTIN VICTORIA
CASTILLO LUEÑA CONCEPCION
DE MINGO LOS MOZOS MARIA JOSE
MARTINEZ MUÑOZ PILAR
MARCEN GIMENEZ CONCEPCION
GUILLEN LABORDA ARANZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Sesión clínica del sector sobre la mejora del diagnóstico de EPOC. FECHA MARZO 2018
- 2.- Formación del equipo de mejora y primera reunión para exponer el proyecto y decidir que episodios de OMI se pueden relacionar con EPOC. Se decidieron revisar los siguientes episodios de OMI: EPOC, Disnea, Insuficiencia respiratoria, Bronquitis crónica, Enfisema, Reagudización EPOC y bronquiectasias. ABRIL 2018
- 3.- Obtención por parte de Admisión de los listados de pacientes en los que aparecen dichos diagnósticos de OMI y separados por cupos. ABRIL 2018
- 4.- Revisión de las historias clínicas que aparecían en los listados por parte de médicos y enfermeras durante todo el año 2018.
- 5- Búsqueda oportunista en la consulta de aquellos pacientes con dichos diagnósticos a lo largo de todo el año 2018 en consulta de medicina y de enfermería.
- 6.- Tanto en los pacientes de los listados como a los detectados en las consultas, se les revisó Historia clínica para confirmar el diagnóstico y, si no había espirometría, se solicitó espirometría. (o bien de forma oportunista o llamándoles por teléfono), con posterior asignación del diagnóstico EPOC, si cumplía criterio espirométrico. Esto se ha hecho durante todo el año 2018.
- 7.- A los pacientes que cumplían criterio de EPOC, se realizó una revisión en consulta médica de la adecuación del tratamiento, sobre todo en lo referente al uso de corticoides inhalados. También se realizó detección de tabaquismo y consejo sobre abandono de dicho hábito.
- 7.- En consulta de enfermería, se realizaron las actividades del plan de enfermería, una revisión, con el propio inhalador del paciente, de la técnica inhalatoria y refuerzo del consejo antitabaco y VAG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS QUE SE ESPERABA CONSEGUIR
Mejorar la cobertura de los pacientes con EPOC en el CS Picarral.
Aumentar el porcentaje de diagnóstico de EPOC
Conseguir una mejor adecuación del tratamiento
Conseguir un correcto seguimiento del paciente con EPOC por parte de enfermería
Implicar a todos los profesionales: sanitarios y no sanitarios en el proceso

INDICADORES MEDIDOS

Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto: 8 de los cuales 3 son médicos, 3 enfermeras y 2 administrativos
Número de pacientes seleccionados en los listados 3073
Número de pacientes EPOC diagnosticados en el listado inicial 583 y a final de 2018 606
Número de espirometrías solicitadas 426
Número de tratamientos revisados 203
Número de tratamientos corticoides retirados 6
Numero de pacientes revisados en la consulta de enfermería sobre el uso correcto del tratamiento inhalador 207

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LECCIONES APRENDIDAS(*) Se trata de un proyecto muy amplio y exigente en el que habrá que continuar trabajando los próximos años, y con objetivos muy ambiciosos, puesto que, a pesar de muchas de las actividades a realizar están incluidas en la cartera de servicios, la diferencia entre los datos teóricos y los obtenidos siguen siendo amplia.
Por otro lado, circunstancias concretas del equipo, como han sido las debidas a un cambio en un gran número de profesionales, por jubilaciones o por traslados, ha hecho que haya habido una discontinuidad en el trabajo realizado.
También, aunque no era el objetivo principal, se han objetivado gran cantidad de pacientes con EPOC que son fumadores activos. Consideramos que aprovechar esta consulta para realizar, de forma oportunista, una intervención breve o intensiva, puede ser un momento muy oportuno y más con el refuerzo de los resultados de una espirometría patológica.
Hemos aprovechado también esta intervención en EPOC para volver a recomendar la VAG, sobre todo en los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0959

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

menores de 65 años.

El número de cambios de tratamiento realizados, sobre todo en lo referente a la retirada de corticoides inhalados, no nos parece muy alto y consideramos que habrá que continuar trabajando en ese aspecto.

La revisión de la técnica inhalatoria, que hemos cuantificado como actividad realizada, pero sin medir cuantos de los pacientes se podía considerar que usaran adecuadamente los inhaladores, ha resultado muy gratificante tanto para el paciente como para los profesionales. Y nos ha permitido detectar las dificultades concretas de cada paciente con el inhalador prescrito. En algunas ocasiones, valorando el cambio del dispositivo de inhalación o incluso recomendando la utilización de cámaras.

A destacar, aunque es un hecho conocido, el incalculable valor de la consulta de enfermería, con más minutos y en un ambiente más relajado que la consulta médica, en el control del paciente crónico respiratorio.

Por último, en el proyecto han intervenido dos administrativos del centro de salud, realizado las tareas administrativas de recopilación de datos y también llamando por teléfono a los pacientes detectados en los listados. Demostrando la importancia y efectividad de trabajar en equipo los sanitarios y los no sanitarios, auténtica "puerta del sistema".

7. OBSERVACIONES.

Es un proyecto amplio, fácilmente reproducible, que se puede continuar realizando los próximos años

*** ===== Resumen del proyecto 2018/959 ===== ***

Nº de registro: 0959

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

Autores:
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, ASIN MARTIN VICTORIA, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, DE MINGO LOS MOZOS MARIA JOSE, ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA, MARTINEZ MUÑOZ PILAR, MARCEN GIMENEZ CONCEPCION, GUILLEN LABORDA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevalencia de EPOC en la población general, según el estudio EPiscAn es del 10%. Esta cifra contrasta con la que hemos detectado en nuestro CS que es de aproximadamente 3%. Las causas de esta discordancia parecen estar en parte en el infradiagnóstico pero también en el registro erróneo en OMI. Por otro lado, las nuevas guías de tratamiento de la enfermedad, establecen, en dependencia del fenotipo, la conveniencia de uno u otro tipo de tratamiento inhalador y también insisten en la importancia de una técnica correcta en el uso de éstos. Nuestro proyecto pretende en primer lugar, mejorar el diagnóstico de EPOC en nuestra zona. En un segundo lugar, revisar la adecuación del tratamiento establecido y la correcta utilización de los inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la cobertura de los pacientes con EPOC en el CS Picarral, aumentando el porcentaje de diagnóstico.
Mejorar el manejo del tratamiento de los pacientes con EPOC
Aumentar la implicación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en el proceso

MÉTODO
Se trata de un proyecto de mejora integrado dentro del programa de calidad del EAP Picarral, en el que intervienen médicos, enfermeras y administrativos. Se utiliza la técnica del trabajo en equipo.
Se desarrollarán las siguientes actividades:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0959

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

- 1.- Sesión clínica del sector sobre la mejora del diagnóstico de EPOC
- 2.- Reunión con el equipo de mejora para exponer el proyecto y decidir que episodios de OMI se pueden relacionar con EPOC
- 3.- Obtención por parte de Admisión de los listados de pacientes en los que aparecen dichos diagnósticos de OMI separados por cupos
- 4- Búsqueda oportunista en la consulta de aquellos pacientes con dichos diagnósticos.
- 5.- Tanto en los pacientes de los listados como a los detectados en las consultas, se les revisará la Historia clínica, ante la duda se solicitará espirometría., con posterior asignación del diagnóstico EPOC. Si es necesario, se les llamará por teléfono para gestionar una cita en consulta médica.
- 6.-En los diagnosticados de EPOC, se realizará una revisión de la adecuación del tratamiento, sobre todo en lo referente al uso de corticoides inhalados.
- 7.- En consulta de enfermería, se realizarán las actividades del plan de enfermería incluido en cartera de servicios y se hará una revisión, con el propio inhalador del paciente, de la técnica inhalatoria.

INDICADORES

En el seguimiento se harán dos cortes: uno a final de agosto y otro a final de diciembre en los que se medirá

- Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto
- Número de pacientes localizados en los listados
- Número de pacientes EPOC diagnosticados en cada corte
- Número de espirometrías realizadas
- Número de tratamientos revisados
- Número de tratamientos corticoideos retirados
- Número de pacientes revisados por enfermería sobre el uso correcto del tratamiento inhalador.

DURACIÓN

:

- Sesión clínica marzo 2018
- Reunión del equipo de mejora y selección de diagnósticos: junio 2018
- Obtención de los listados de pacientes en junio de 2018.
- Actividades descritas en captación activa de junio a septiembre 2018
- Actividades de captación oportunista a lo largo de todo el año 2018
- Primer corte : septiembre de 2018 y reunión del equipo de mejora
- 2º corte y evaluación de actividades: diciembre de 2018
- Sesión clínica con exposicCronogramaión al EAP del proceso revisado: enero 2019

Duración: el año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1025

1. TÍTULO

¡VOLVEMOS AL COLE! TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE FORCEN BELTRAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO
SANTA EULALIA GONZALVO CARMEN
HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL
ARTIGAS SALVADOR PILAR
DIESTE MARCIAL MARIANO
PEÑA PORTA MARTA
MACHIN VALTUEÑA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se prepara una reunión de equipo en el centro de salud para presentar el proyecto y pedir la colaboración de los profesionales.
- Acudimos al colegio para establecer comunicación con el equipo directivo del CEIP San Braulio, y tras ver su disposición a colaborar, se entregan las autorizaciones para poder realizar el proyecto.
- En diciembre de 2018 se realiza la clase teórica, en la que participaron la totalidad de los alumnos de 6º de primaria. Previamente, se les entregó una encuesta para valorar el nivel de conocimientos en esta materia.
- Reunión del equipo para preparar la clase práctica y organizar el trabajo en el centro de salud. Al realizarse el taller en horario de máxima actividad en el centro, se tuvieron que formar grupos suficientes tanto para dar una correcta clase práctica a los niños como para no dejar el centro sin los profesionales suficientes para su normal funcionamiento.
- Taller práctico utilizando para ello 2 torsos de adulto y 2 de lactante. -Finalmente se les entregó la misma encuesta para evaluar las habilidades y conocimientos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos planteados se se han conseguido con éxito. Se pudo comprobar que una vez realizada la clase teórica y el taller de RCP y primeros auxilios, los conocimientos adquiridos por los participante (alumnos de 6º de primaria del CEIP San Braulio) aumentaron de forma considerable. Se resolvieron dudas y se les animó a actuar ante situaciones de urgencia. Se entregaron encuestas basadas en el Consejo Europeo de Resucitación. En ellas podemos ver que, ante preguntas básicas de primeros auxilios, sus conocimientos objetivos, antes de realizar el taller, muestran un nivel de 5.06/10. Y tras la realización de los talleres teórico-prácticos su nivel alcanza una puntuación de 9/10. Además hemos conseguido establecer un contacto con la dirección del colegio que se muestra muy satisfecha con esta actividad y abierta tanto a repetirla como a realizar nuevas. Objetivo final de nuestro proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está contento y satisfecho con el trabajo realizado. Nos ha resultado muy gratificante trabajar con niños de nuestra comunidad. El único inconveniente que tuvimos, fue la dificultad para conseguir los torsos para realizar el taller práctico. Las encuestas entregadas a los alumnos también nos sirven a los miembros de equipo, para analizar en qué aspectos hemos de incidir e insistir en la realización de futuras actividades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1025 ===== ***

Nº de registro: 1025

Título
¡VOLVEMOS AL COLE!. TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICA

Autores:
FORCEN BELTRAN MARIA JOSE, ALVAREZ ARTAL JUAN, GONZALVO SANTA EULALIA CARMEN, HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL, ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA, DIESTE MARCIAL MARIANO, PEÑA PORTA MARTA, MACHIN VALTUEÑA MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1025

1. TÍTULO

¡VOLVEMOS AL COLE! TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el centro de salud Picarral queremos establecer un contacto con los centros de educación infantil y primaria de la zona básica de salud que facilite la comunicación y colaboración para sentar las bases de futuros proyectos comunitarios que contribuyan a adquirir habilidades, hábitos o conductas. La formación en primeros auxilios es fundamental para toda persona implicada en situaciones urgentes que requieren actuaciones basadas en estos conocimientos.

En estos centros de educación se registran un elevado nº de personas implicadas: alumnos, maestros y padres. Es la única institución que acoge a la totalidad de la población infantil hasta los 12 años y tiene la ventaja que llega siempre a todos los integrantes de la comunidad. Consideramos que los fundamentos para la existencia de un programa de educación en primeros auxilios en la escuela tiene una función educativa, social y sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: Aportar información sanitaria, aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones de RCP Básica.

Objetivos específicos:

- Ayudar a resolver dudas y evitar miedos en situaciones complicadas
- Acercamiento de los profesionales de atención primaria a los centros escolares de nuestra área

MÉTODO

- 1ª intervención: se realizará una reunión de equipo explicando nuestro programa, aceptando sugerencias e intentando que todo el centro participe.
- 2ª intervención: contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros escolares y posterior solicitud de autorización al consejo escolar.
- 3ª intervención: en cada centro escolar se realizará un taller teórico con material multimedia y posteriormente un taller práctico.
- 5ª intervención: encuesta de valoración.

INDICADORES

- . Núm de profesionales que asisten a la sesión clínica
- . Núm de profesionales que participan en el programa formativo
- . Núm de colegios de la zona básica de salud en los que se imparte la formación
- . Núm de asistentes en los colegios.
- . Resultados de la encuesta de satisfacción realizada en los centros donde se imparte la formación.

DURACIÓN

- . Septiembre 2018, sesión clínica en el centro de salud
- . Septiembre 2018, reunión del equipo que va a impartir la formación para repartir las tareas y detallar los contenidos
- . Septiembre -octubre 2018, contactar con los colegios a través del consejo escolar y decidir fechas .
- . Entre sept y diciembre de 2018, impartir el programa formativo
- . Entre septiembre y diciembre de 2018, realización de las encuestas de satisfacción entre los asistentes a la charla en los colegios.
- . Diciembre de 2018, elaboración de los datos para la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

La idea es implantarlo como una actividad a realizar anualmente en los colegios incluso extenderla a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1384

1. TÍTULO

EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR BARANDA VILLARROYA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARTIGAS SALVADOR PILAR
GUILLEN LABORDA ARANZAZU
OLLOBARREN HUARTE EMILIA
MARCEN GIMENEZ CONCEPCION
AZUARA LAGUIA MARIA JOSE
SANTA EULALIA GONZALVO CARMEN
ALIJARDE MAÑEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro C.S. Picarral existe un grupo de personas que caminan y hacen ejercicio una vez por semana, se trata de un grupo consolidado, y de referencia para el barrio., formado por nuestros pacientes diabéticos, hipertensos, con problemas cardiovasculares, y todos aquellos que precisan del grupo para relacionarse.

En esta ocasión se añadió la iniciativa de un grupo de estudiantes de primero de ESO, liderado por sus profesoras Nuria Carramiñana y Eva Arizcuren, de unirse al grupo y realizar durante la ruta ejercicios de educación física para revitalizar y mejorar la actividad física de nuestros pacientes.

Para lograr esta actividad se desarrolló un código QR que se colocó en diferentes establecimientos colaboradores del barrio. De esta forma nos integramos en "el barrio" de una forma permanente.

Realizamos ejercicios de educación física, adaptados a las necesidades de nuestros pacientes, en la ruta hacia Parque de Goya, liderados y corregidos por los estudiantes, siempre tutorizados por sus profesoras, con el apoyo de un profesional de nuestro C.S.

También se realizaron dos actividades culturales. En enero visitamos el Teatro Principal y en marzo la Biblioteca del Palacio de Sástago. Todos los asistentes disfrutaron de algo diferente, la mayoría nunca había realizado actividades culturales de este tipo. Estas se realizaron por la tarde, fuera del horario profesional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aumento de la actividad física del grupo.

Mayor incremento de las capacidades sociales, a través de su relación con los jóvenes del barrio.

Aprendieron y descubrieron lugares importantes de su ciudad.

La media de los asistentes fue de 20 pacientes, a los cuales les pasamos una encuesta de satisfacción con dos preguntas

¿Te ha gustado esta participación de los jóvenes en nuestras caminatas? si/no

¿Volverías a realizar esta actividad? si/no

¿Recomendarías a otras personas esta actividad ? SI/NO

¿Por Qué?

Aumento de la implicación de nuestro C.S. en actividades de salud comunitaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La concienciación en el equipo de Atención Primaria, de la importancia de la actividad física para la mejora de la salud y el aumento de las relaciones sociales en el barrio, lo cual eleva la autoestima de los pacientes, se consideran útiles y necesarios.

Es imprescindible la colaboración del barrio para realizar actividades que sean gratificantes para nuestros pacientes, y de este modo sientan la necesidad de mejorar su salud.

En el C.S. se realizaron dos reuniones, una con parte del equipo coordinadora médica y de enfermería y los participantes en el paseo saludable y adaptado, y las profesoras y chicos del IES Picarral que participaban en este proyecto.

Más tarde se presentó el video que realizaron las profesoras, titulado "Tejiendo lazos". Donde se apreciaba el esfuerzo realizado por los jóvenes y la participación intensa de nuestros pacientes.

El proyecto, también fue recogido por el Colegio de Enfermería reseñando, la importancia de este hecho, como proyecto novedoso de colaboración entre Nuestro Centro de Salud y chicos del IES Picarral.

También hubo una mención especial y reconocimiento a los jóvenes participantes, en el Centro Cívico Estación del Norte, por parte de la Asociación de Vecinos Picarral y nuestro Centro de Salud.

No podremos continuar con la colaboración de los jóvenes de primero de ESO, porque ellos finalizaron el proyecto, pero mantendremos los ejercicios de mejora para la salud, con los códigos QR ya establecidos, y el libro de ejercicios adaptados elaborado para nuestros pacientes, por los chicos de primero de ESO

7. OBSERVACIONES.

La interrelación grupal mejoró, así como su estado emocional al relacionarse con jóvenes del barrio durante el paseo.

Y en nuestro Centro de Salud hemos conseguido una mayor participación de profesionales y aumento en actividades comunitarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1384

1. TÍTULO

EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1384 ===== ***

Nº de registro: 1384

Título
EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

Autores:
BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR, NAVARRO MARTINEZ DOLORES, GUILLEN LABORDA ARANZAZU, OLLOBARREN HUARTE EMILIA, MARCEN GIMENEZ CONCEPCION, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, AZUARA LAGUIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: Hipertensión, afecciones cardiacas con recomendación de ejercicio
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Siendo nuestro grupo de referencia y objetivo, nuestros pacientes diabéticos hipertensos y con problemas cardiacos. Detectamos la necesidad de ampliar con ejercicios de gimnasia, en ocasiones pautados por médicos especialistas, su actividad diaria para mejorar su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Queremos conseguir a través del ejercicio una mejora de la salud, añadiendo un plus, compartir esta actividad de ejercicios de gimnasia con chavales del barrio, de primero de La ESO
Consiguiendo de este modo una relación con jóvenes del barrio, que lleva a un enriquecimiento de las relaciones interpersonales.
Población diana: Diabéticos, hipertensos, patología cardiaca con recomendación de ejercicio, y pacientes que necesiten relacionarse.

MÉTODO
Realización de una ruta de caminata con diferentes paradas para, para hacer los ejercicios de gimnasia adaptados a las necesidades del grupo y previamente diseñados, por los estudiantes de primero de La ESO del IES Picarral, mediante la visualización de los ejercicios por medio de un código QR, colocado en diferentes establecimientos del barrio, colaboradores con el proyecto.

INDICADORES
Realizamos una encuesta de satisfacción al comienzo y finalización de la temporada.

DURACIÓN
Comienzo 8 de mayo 2018 finalización 30 de mayo 2019

Responsable de la implantación M^a Pilar Baranda

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0930

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA ALONSO SENDROS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO
HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ
ADAN BEGUE MARIA CRISTINA
HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA
TIERZ PUYUELO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron las siguientes actividades siguiendo este cronograma:

Marzo 2019: Inicialmente, basándonos en el manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" del Sector I aprobado el 23/12/2018 revisamos cuales son las dotaciones específicas para el carro de paradas y el maletín de urgencias. Este manual es utilizado de guía para conocer el material incluido y presentarlo al EAP del centro.

7/3/2019: Reunión de los integrantes del proyecto para la evaluación del material, valorar carencias y su distribución en la sala de urgencias.

Se establece un turno de revisión en forma de parejas medicina/enfermería para el control y reposición de caducidades de fármacos y material de forma mensual.

Se crea una vía de comunicación por escrito para constatar incidencias o problemas ocurridos durante las asistencias a urgencias como mejora para futuras intervenciones.

14/3/2019: Primera sesión con la elaboración de un powerpoint para presentar el proyecto al resto del equipo. En ella se realizó tormenta de ideas con los temas de más interés para realización de las sesiones formativas de forma trimestral y se plantearon posibles dudas. También se presentaron las modificaciones de la sala de urgencias y la nueva distribución del material del carro de paradas in situ. Se proyecta realizar tres sesiones formativas a lo largo del año sobre diversos procedimientos de actuación, utilización de recursos, material y medicación disponible al personal asistencial del EAP utilizando powerpoint.

11/4/2019: Sesión formativa al EAP: Utilización de la vía intranasal en urgencias de Atención Primaria.

26/9/2019: Sesión formativa al EAP: Electrografía Clínica aplicada al Código Infarto.

14/11/2019: Sesión al EAP: ACV atendido en Atención Primaria. Código Ictus.

Desde septiembre a diciembre de 2019:

Se solicitaron los códigos Serpa del material ausente o aquel que se encuentra en malas condiciones incluidos en el manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" a Suministros de Sector I, para su posterior petición.

Se solicitaron como peticiones especiales de material a Dirección de Atención Primaria del Sector el aspirador quirúrgico y carro de paradas por indicación de Suministros del Sector I.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha realizado un listado del material - medicación presente en el manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" utilizado en el Sector I. Se han contabilizado los elementos no presentes o en malas condiciones en momento inicial de la evaluación objetivando que son: mascarilla con reservorio adulto-pediátrico, Sonda Yankauer de aspiración, Pinzas Magill, Ambú con reservorio de adulto y pediátrico, carro de paradas y aspirador quirúrgico. Posteriormente se ha solicitado su reposición o reemplazo.

- Se han realizado cuatro sesiones formativas en relación con la asistencia urgente en el Centro de Salud con motivo de este proyecto a lo largo de 2019. Se ha calculado el % de miembros del EAP que asisten a las sesiones formativas y seguimiento según registro de firmas de asistencia (se contabiliza miembros EAP Enfermería y Medicina pertenecientes al Centro del Salud del Picarral):

- Sesión de presentación del proyecto en Marzo 2019: 81%
- Sesión: Utilización de la vía intranasal en urgencias de Atención Primaria. (11/4/2019): 68%
- Sesión: Electrografía Clínica aplicada al Código Infarto. (26/09/2019): 75%
- Sesión: ACV atendido en Atención Primaria. Código Ictus. (14/11/2019): 83%

- Problemas - incidencias detectadas: la principal limitación que nos hemos encontrado es la dificultad para solicitar los códigos Serpa y la llegada de material solicitado sin saber cuáles son las causas, faltando a fecha de esta memoria parte del material ausente al inicio del proyecto. No existe un registro de códigos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0930

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

Serpa para la petición de todo el material que aparece en el manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" del Sector I o por lo menos no es de fácil accesibilidad.

- Se han establecido doce parejas Medicina-Enfermería que han realizado el control y reposición de caducidades de fármacos y material de forma mensual mediante planilla de control realizada para este fin, consiguiendo involucrar al equipo en una actividad que repercute en el buen funcionamiento del centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, este proyecto ha pretendido poner en común el conocimiento de los medios materiales e infraestructura disponible entre los miembros del EAP para la asistencia al paciente urgente en nuestro Centro de Salud. Conocer el material disponible y su disposición en la sala de urgencias supone agilizar el trabajo a los profesionales además que repercute en una mejor atención y satisfacción tanto para el paciente como para los trabajadores.

Las sesiones formativas y la formación continuada son imprescindibles en la profesión sanitaria y en la asistencia a urgencias. Durante este año se han abordado temas solicitados por el EAP de importancia tanto por su frecuencia y como por su gravedad como son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular. En primer lugar se realizó un acercamiento al principal arma diagnóstica que se dispone en el Centro de Salud para la cardiopatía isquémica como es el electrocardiograma, en este caso aplicada al Código Infarto y la atención urgente al Accidente Cerebrovascular con una aproximación al Código Ictus. Ambas tuvieron muy buena aceptación entre los miembros del EAP con una visión práctica de ambos temas. También se presentó otra sesión para el conocimiento y manejo práctico de la vía nasal con diversa medicación en Atención Primaria y en su utilización en urgencias mediante los atomizadores nasales disponibles en el maletín de urgencias.

La creación de un orden con parejas Medicina-Enfermería para el control y reposición de caducidades de fármacos y material del maletín de urgencias de forma mensual ha supuesto involucrar al equipo con el proyecto, además de repartir también la carga de trabajo y responsabilidades.

Actualmente, estamos pendientes de recibir parte del material solicitado y así reponer y/o sustituir el que se encuentra en mal estado desde la primera valoración que se realizó, siguiendo el manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" del Sector I. Nos hemos encontrado con dificultades para conseguir los códigos Serpas desde suministros del Sector, al no coincidir luego con el material enviado, o simplemente, no haber llegado a pesar de ser solicitado a través de los cauces habituales. También se solicitaron como peticiones especiales a Dirección de Atención Primaria del Sector elementos que no aparecen en el registro de petición habitual, como son un carro de paradas, un aspirador quirúrgico o un maletín grande para llevar el material para atención urgente a domicilio. Sería de gran utilidad, que junto al manual de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del centro de salud" viniera un listado del material necesario junto a sus códigos. Dar la mejor asistencia médica posible es nuestro deber y responsabilidad y ello conlleva la búsqueda del material necesario para poder llevarla a cabo.

Consideramos este un proyecto sostenible, replicable y necesario, tener actualizada y bien equipada la sala en la que se atienden las urgencias, carros de parada y maletines debería ser una labor primordial en la gestión de los centros de salud.

Esperamos con este proyecto se consiga implementar un protocolo de revisión periódica de todo el material necesario en nuestro centro y pueda ser extensible a otros.

Como conclusión, se puede decir que la concienciación con el tema de la asistencia a la urgencia, el conocimiento del material presente y de su utilización, la necesidad de formación continuada por la gran extensión de temas y patologías presentes ha repercutido de forma positiva en el equipo. Ha servido para aumentar la comunicación entre los integrantes del equipo, presentando diferentes experiencias, debates, resolución de dudas y problemas. Esto abre la posibilidad de continuar mejorando en esta línea de trabajo en los siguientes años y continuar para la optimización de la asistencia.

Los logros de una organización son el resultado de los esfuerzos combinados de cada individuo -Vince Lombardi-

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/930 ===== ***

Nº de registro: 0930

Título
OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

Autores:
ALONSO SENDROS MARTA, DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO, HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL, TIERZ PUYUELO MANUEL, HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO, ADAN BEGUE MARIA CRISTINA, RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, GARCIA DOMINGUEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0930

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

SUSANA

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: Atención a la urgencia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La asistencia urgente en el centro de salud precisa de una actualización continua tanto del personal asistencial como de las técnicas diagnóstico- terapéuticas. A su vez también es necesario contar con la infraestructura y el material adecuado para poder realizar el acto asistencial urgente dentro de unos criterios de calidad adecuados. Para ello se hace necesario en primer lugar disponer de la dotación materia y recursos necesarios en el centro, para que sea similar a la ya existente en otros centros de salud del Sector.
La gestión y el control del material e instrumental, del botiquín, del carro de paradas con su medicación correspondiente y de los maletines para la asistencia urgente fuera del centro, permitirán la optimización de recursos y garantizar la seguridad del profesional y paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la asistencia, aumentando la capacidad resolutoria a nivel de atención primaria sin precisar derivación a nivel hospitalario y/o especializado.
Aumentar la seguridad y satisfacción del profesional y el paciente.
Mejorar el control de los recursos de infraestructura aplicados en la sala de urgencias, botiquín, medicación, carro de paradas y maletines para su utilización fuera del centro.
Revisar la dotación material para la asistencia urgente del paciente, descubriendo posibles carencias o déficits en la estructura, organización y/o formación, que una vez suplidas redundará en una mejor calidad asistencial al usuario.

MÉTODO

Se utilizarán los procedimientos ISO 9001 utilizados en manuela de "Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de parada y maletín de urgencia del centro de salud" del Sector I aprobado el 23/12/2018 como guía para que el EAP conozca las dotaciones específicas para la atención a urgencias, en especial para el carro de paradas y maletín de urgencias.
Se evaluará el material presente y las posibles carencias que existan para su posterior petición.
Se realizarán sesiones formativas de forma trimestral sobre procedimientos de actuación, utilización de recursos, material y medicación disponible al personal asistencial del EAP.
Se establecerán turno en forma de parejas establecidas medicina/enfermería para el control y reposición de caducidades de fármacos y material.
Se creará una vía de comunicación para posibles incidencias o problemas ocurridos como mejora para futuras asistencias.

INDICADORES

Listado de material - medicación presente en procedimiento ISO 9001 utilizado en el Sector I. Contabilización de elementos no presentes en momento inicial de la evaluación.
% de miembros del EAP que asisten a las sesiones formativas y seguimiento.
Nº de sesiones formativas en relación a la asistencia urgente del paciente.
Nº de incidencias-problemas contabilizados en el sistema de seguimiento.
Nº de parejas Médico-enfermera que han realizado el control y reposición de caducidades de fármacos y material.

DURACIÓN

Marzo 2019: Reunión del equipo de calidad del EAP para valoración de posibles mejoras en la asistencia urgente. Exposición de experiencias e incidencias. Tormenta de ideas. Contabilización - revisión del material presente en la actualidad y valoración carencias de material para su posterior petición.
Abril 2019: Adecuación del carro de paradas, botiquín y maletines de urgencias tomando como guía los procedimientos ISO 9001.
Mayo 2019: Presentación al equipo del trabajo de adecuación realizado mediante una sesión y visión in situ de la sala de urgencias, carro y maletines. Explicación de los procedimientos a realizar.
Marzo a Diciembre 2019: realización de forma trimestral de sesiones con temas relacionado con urgencias
Diciembre 2019: evaluación de indicadores y conclusión

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0930

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ORGANIZACION, CONTENIDO Y MANEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES Y CARRO DE PARADAS EN URGENCIAS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0991

1. TÍTULO

MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ RODRIGUEZ LARRAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA DOMINGUEZ SUSANA
CUARTERO BERNAL JAVIER
CABIA FERNANDEZ LAURA
DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO
ASIN MARTIN VICTORIA
CARO DUARTE ANGEL VICENTE
PEÑA PORTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó sesión clínica en el centro de salud sobre proyecto IRASPROA por parte de la farmacéutica del sector en febrero de 2019. Posteriormente se determinó los integrantes del proyecto de mejora.

El 30 de abril de 2019, conforme a la fecha prevista, se expuso el proyecto en la reunión del Consejo de Salud con muy buena aceptación, solicitando a sus miembros su difusión y apoyo. Se les explicó también conceptos básicos sobre uso racional de los antibióticos. Se nos ofreció el salón de reuniones de la AAVV y se fijó la fecha prevista para la charla.

En abril de 2019 se contactó por teléfono con los médicos responsables de las tres residencias privadas del Picarral.

El 30 de mayo de 2019 y conforme a fecha prevista, la farmacéutica del sector en ese momento, Laura Cabia Fernández, impartió una charla informativa con PowerPoint en la AAVV Picarral, con el título "El uso responsable de los antibióticos: una tarea de todos". Previamente se había informado a la población con carteles que se colocaron tanto en el centro de salud como en distintas zonas del barrio.

Tras la charla se les entregó una encuesta donde se les formuló cuatro sencillas preguntas a la que debían contestar voluntariamente, indicando si/no :

- ¿Usaría un antibiótico en un catarro o una gripe?
- ¿Cree que en un dolor de garganta se necesita siempre tomar antibióticos?
- ¿Pediría un antibiótico a su médico si éste no se lo receta?
- ¿Toma antibióticos a la dosis y días que le indica su médico?

Y una última encuesta sobre la utilidad de la información recibida en la charla, que debían contestar de 0 a 10, siendo 0 poca utilidad y 10 mucha utilidad.

Con respecto a las sesiones en el centro de salud, conforme se han publicado en intranet los protocolos de prescripción antibiótica en las distintas patologías, se han impartido las charlas al equipo. Se han realizado dos sesiones, que han sido sobre patología respiratoria el 12 de junio de 2019 y patología urinaria el 3 de octubre de 2019. A ambas se invitó por mail a los médicos de las residencias de nuestra zona.

A lo largo de todo 2019 se ha realizado intercambio de información vía mail con los médicos de las residencias y se ha entregado al equipo médico del centro de salud y a los médicos de las residencias los protocolos de prescripción, y se han dejado copias impresas de los protocolos en la consulta de atención continuada.

El 19 de septiembre de 2019 se realizó charla informativa al equipo del centro de salud sobre la marcha del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto: 8
- Número de sesiones realizadas en el Centro de Salud Picarral a lo largo de 2019 sobre el uso correcto de antibióticos: dos sesiones clínicas

· Número de asistentes a las sesiones y número de médicos de las residencias asistentes:

1ª sesión: 10 asistentes de los 14 médicos del equipo.

1 médico de los 3 médicos de residencias privadas.

2ª sesión: 11 médicos de los 14 médicos del equipo

3 médicos de las residencias .

- Número de asistentes a la sesión para informar sobre el proyecto : 17 asistentes

- Número de asistentes a la charla de la AAVV: 19 personas

- Encuesta de satisfacción de la charla de la AAVV: 14 encuestas respondidas.

¿Usaría un antibiótico en un catarro o una gripe? NO 100% SI 0%

¿Cree que en un dolor de garganta se necesita siempre tomar antibióticos?

NO 100% SI 0%

¿Pediría un antibiótico a su médico si éste no se lo receta? NO 100% SI 0%

¿Toma antibióticos a la dosis y días que le indica su médico? SI 92% NO 8%

¿Le ha resultado de utilidad la información recibida en la charla? Media 9,2 (0 poca utilidad y 10 mucha utilidad)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso correcto de los antibióticos es una responsabilidad compartida entre los profesionales sanitarios, administraciones y ciudadanos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0991

1. TÍTULO

MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS

Hay muchas actividades de formación en los profesionales sobre este tema, por eso nuestro proyecto de calidad ha intentado contribuir a la implicación de los ciudadanos en una doble vertiente: por un lado la conexión con las residencias de nuestro entorno y por otro lado la información al usuario. Las tres residencias privadas de nuestra zona atienden a unos 300 ancianos, muchos de ellos frágiles y polimedificados. Tanto para los médicos encargados de las residencias como para el equipo, la iniciativa fue recibida con interés y ha resultado gratificante. Las residencias privadas aceptaron de inmediato acudir a las sesiones del centro de salud así como mantener contacto telefónico o por mail con ellas. Han conocido las recomendaciones sobre antibióticos que estamos siguiendo el equipo, y las reuniones han dado lugar a intercambio de ideas, dudas y a la discusión de casos clínicos concretos, haciendo que la comunicación haya sido mas fluida, y aumentando la implicación en la prescripción adecuada de antibióticos y la concienciación sobre el grave problema de la resistencias bacterianas. Sería una continuación de este proyecto la valoración cuantificada del número de antibióticos prescritos por las residencias y podría dar lugar a un segundo proyecto de calidad. Por otro lado, la exposición en el consejo de salud y sobre todo la charla que se dio en la AAVV fue muy bien valorada por los asistentes. Fue un comentario común que aunque el tema de la charla parecía en un principio árido, les resultó muy amena y sorprendente y sin duda contribuía a mejorar los conocimientos sobre el tema, dando explicaciones sencillas a preguntas que el paciente se hace del tipo " ¿por qué el médico no me ha prescrito tratamiento antibiótico? o ¿por qué la fiebre no se trata con antibióticos?". Sin duda iniciativas de este tipo hacen que la población se implique más en el uso óptimo de los antibióticos, siendo también muy gratificante para los componentes del equipo de mejora, ya que nos pone mas en contacto estrecho con la población. Decir que hemos contado para con la decidida colaboración de la farmacéutica del sector. Finalmente este proyecto es fácilmente aplicable a cualquier equipo, tanto urbano como rural.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/991 ===== ***

Nº de registro: 0991

Título
MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS

Autores:
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, CUARTERO BERNAL JAVIER, CAVIA FERNANDEZ LAURA, DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO, ASIN MARTIN VICTORIA, CARO DUARTE ANGEL VICENTE, PEÑA PORTA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antibióticos son un arma terapéutica fundamental en la lucha contra las enfermedades y han conseguido disminuir la morbimortalidad. Sin embargo, el mal uso de los antibióticos ha generado un aumento importante de resistencias y nos deja inermes a pesar de que es una de los mayores amenazas para la salud mundial. La implicación en el uso correcto de los antibióticos es una tarea de todos, profesionales y de la población en general, es necesario modificar la forma de prescribir y utilizar los antibióticos. El proyecto IRASPROA es un programa integral de vigilancia y prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y de optimización del uso de antibióticos por parte de los profesionales. Con nuestro proyecto queremos también apelar a la responsabilidad de la población en el manejo de los antibióticos, por un lado mediante actividades divulgativas para exponer conceptos, usando como vehículo la actividad del Consejo de Salud Picarral y por otro lado, buscar la implicación del personal sanitario de las residencias privadas de la zona mediante el diálogo fluido y la invitación a las actividades formativas en este aspecto.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0991

1. TÍTULO

MEJORAR EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS: UNA TAREA DE TODOS

- Sensibilizar a los profesionales del equipo del problema de resistencias microbianas.
- Mejorar los conocimientos sobre antibióticos de los usuarios del CS Picarral.
- Aumentar la implicación de la comunidad en el uso correcto de los antibióticos.
- Implicar a las residencias privadas de nuestra zona en el uso correcto de antibióticos.
- Limitar los tratamientos antibióticos a los casos en que esté indicado, con el apoyo de los pacientes y de las entidades privadas

MÉTODO

Se trata de un proyecto integrado dentro del programa de calidad del EAP Picarral, en el que queremos implicar a la población en el buen uso de los tratamientos antibióticos. Se desarrollarán las siguientes actividades:

- Sesión clínica en el centro de salud sobre proyecto IRASPROA.
- Exposición en la reunión del Consejo de Salud del proyecto, solicitando a sus miembros su difusión y apoyo.
- Exposición del proyecto a los responsables de las residencias privadas de nuestra zona, que son 3, con un número aproximado de 250 pacientes.
- Impartir una charla informativa en la AAVV Picarral sobre uso correcto de antibióticos organizada por el consejo de Salud.
- Sesiones clínicas teórico-prácticas en el centro de salud sobre el tratamiento antibiótico en diferentes tipos de infecciones, a las que se invitará a acudir a los médicos de las residencias de nuestra zona. Promocionar en estos encuentros la discusión de casos clínicos concretos y el intercambio de opiniones.
- Encuesta de satisfacción a los asistentes a las sesiones clínicas.
- Encuesta de satisfacción a los asistentes a la charla de la AAVV Picarral.

INDICADORES

- Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto.
- Número de asistentes a la charla de la AAVV.
- Número de sesiones realizadas en el Centro de Salud Picarral a lo largo de 2019 sobre el uso correcto de antibióticos.
- Número de asistentes a las sesiones y número de médicos de las residencias asistentes.
- Encuesta de satisfacción de la charla de la AAVV: número de encuestas respondidas y valoración de la satisfacción con preguntas simples.
- Encuesta de satisfacción de las sesiones impartidas en el centro de salud: número de encuestas respondidas y valoración de la satisfacción con preguntas simples.

DURACIÓN

Cronograma:

- Sesión clínica sobre proyecto IRASPROA: febrero 2019.
 - Reunión con el Consejo de Salud: abril 2019.
 - Contactar con las responsables de las residencias de la zona: abril 2019.
 - Diferentes sesiones clínicas del centro de salud: durante el año 2019.
 - Encuesta de satisfacción tras cada una de las sesiones clínicas.
 - Charla de la AAVV en junio 2019 con encuesta de satisfacción.
 - Intercambio de información con los médicos de las residencias : durante todo el año 2019.
- Duración: el año 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1120

1. TÍTULO

MEJORA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PIE DIABÉTICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCA ROSARIO HERRANZ CORTES

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO SENDROS MARTA
ADAN BEGUE MARIA CRISTINA
BARANDA VILLARROYA PILAR
DE MINGO LOSMOZOS MARIA JOSE
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA
TIERZ PUYUELO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza una convocatoria mediante correo electrónico interno para una reunión previa, en la que se invita a participar a todos los integrantes des equipo que lo deseen, junto con los colaboradores y responsables del proyecto.

La finalidad de la reunión es determinar las actividades que podríamos implementar para una mejor captación de los pacientes diabéticos de forma que sea una carga de trabajo asumible en la consulta diaria

El 23 de Mayo realizamos la reunión:

Tras una tormenta de ideas y debate posterior se decide que el mejor método sería:

Captar un paciente que no tenga realizada la actividad todos los miércoles* desde el mes de Julio hasta Diciembre

Se valorará en cualquier diabético citado ese día por cualquier otro motivo y se captará al primero que detectemos que no tenga realizada la actividad.

Se derivará al paciente a consulta de enfermería para realizarla, si es posible citar ya desde consulta médica para facilitar el cumplimiento.

Si no se consigue captar ese día a ningún paciente se realizará la captación en los día sucesivos.

*Se decide el miércoles por ser un día a priori con menor presión asistencial que el resto de la semana.

Se realiza el 6 de Junio una sesión conjunta enfermería-medicina con asistencia de 20 miembros del equipo en la que:

Se repasa brevemente el concepto de pie diabético, exploración y material necesario para la exploración

Se repasa como se registra actividad en OMIC

Se plantea revisión de las consultas en la siguiente semana para detectar si falta de material para exploración y reponerlo si es preciso.

Se comunica la forma de detección que es asumida por el personal asistente.

Para facilitar la difusión en el resto de personal que no asiste a la reunión se comunica por escrito y se entrega a cada médico unas hojas de registro para comprobar que los pacientes citados han acudido a consulta de enfermería. Si se comprueba que algún diabético de los captados no ha acudido a consulta se capta a demanda otro y se le cita con enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- A la sesión de formación asisten 20 miembros del equipo. (La difusión al resto del equipo quedo asegurada al suministrar la información sobre la actividad por escrito).

- Fueron revisadas todas las consultas de enfermería del centro = 7, lo que representa un 100% de las consultas
No faltaba material en ninguna de las consultas

Se consigue captar 104 pacientes de los cuales acuden a su cita 86 pacientes. Representando un 83% de los captados

- En cuanto a la mejoría de los índices de revisión y valoración del pie diabético:

El INDICE DE REVISION DE PIE DIABETICO ha mejorado en un 12%

(En Enero 2019 era de un 15% mientras que en Enero de 2020 es del 27%)

El INDICE DE VALORACION DE PIE DIABÉTICO ha mejorado un 9%

(Enero 2019 era de un 10% siendo en Enero de 2020 de un 19%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- Han mejorado los índices tras la implicación del equipo y abandonar la inercia de sólo comprobar en las revisiones si la actividad está implementada. Comparando la evolución de los índices en el resto del sector y Aragón hemos mejorado significativamente estos índices lo que nos motiva a seguir trabajando en esta línea que nos ha producido buenos resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1120

1. TÍTULO

MEJORIA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PIE DIABÉTICO

El INDICE DE REVISION de PIE DIABETICO ha mejorado en un 12% en nuestro centro. (En Enero 2019 era de un 15% mientras que en Enero de 2020 es del 27%) mientras que en nuestra área no ha variado ese índice (este año que es de un 20% en Enero, y esa misma cifra era de 20% también) también hemos superado la mejoría del índice que se ha producido en el total de la Comunidad, donde la mejoría ha sido de un 4% (Enero 2019 era un 24% y en Enero 2020 es del 28%). Superamos por tanto los resultados obtenidos en nuestro entorno y respecto al total de Aragón . Asimismo también mejoramos el INDICE DE VALORACION de PIE DIABÉTICO en nuestro equipo un 9% (Enero 2019 era de un 10% siendo en Enero de 2020 de un 19%) mientras en nuestro sector no se ha producido variación (Enero 2019 11% en Enero 2020 un 11%) y en Aragón se ha mejorado un 1% (Enero 2019 14% mientras que en Enero 2020 un 15%) Superamos por tanto el porcentaje de mejora del tanto resto de la Comunidad, como de nuestro sector.

2- Iniciamos el proyecto de una forma bastante ambiciosa planteándonos captación semanal, debido a la presión asistencial se disminuyo captación hasta al menos captar uno al mes, pero a pesar de ello se han mejorado los resultados, hemos aprendido a modificar la actividad sobre la marcha adaptándonos a las necesidades de la consulta habitual.

3- Tras valorar a los pacientes que a pesar de ser captados no han acudido a revisión hemos objetivado una mejor cumplimentación en pacientes que ya salían de consulta médica con cita para realizar la actividad.

4- Hemos aumentado la implicación del paciente en su autocuidado y su percepción de la importancia de la prevención y de una detección precoz de las complicaciones relacionadas con su diabetes.

7. OBSERVACIONES.

*Todos los porcentajes han sido obtenidos desde el cuadro de mandos de OMI

1- Al ser un año de muchos cambios en el personal estable del centro ha sido más complicado implementar la actividad, a pesar de la alta implicación de todos los miembros nuevos del equipo. Además de que al iniciarse la actividad en meses de verano también dificultaba la captación y derivación por vacaciones tanto del personal como de los pacientes.

A pesar de ello hemos logrado una mejoría en los índices por lo cual creemos muy interesante el seguir realizando esta captación en el próximo año para seguir mejorando la prevención y detección del pie diabético. Por todo ello creemos que es un proyecto de fácil implementación en cualquier equipo tanto urbano como rural para mejorar la atención al pie diabético

2- En cuanto aspectos a mejorar nos ha sido algo complicado el manejar el panel de mandos que nos resulta un poco farragoso de interpretar

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1120 ===== ***

Nº de registro: 1120

Título
MEJORIA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PIE DIABÉTICO

Autores:
HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO, ALONSO SENDROS MARTA, ADAN BEGUE MARIA CRISTINA, BARANDA VILARROYA PILAR, DE MINGO LOSMOZOS MARIA JOSE, GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, TIERZ PUYUELO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

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
Revisados los resultados sobre la detección del pie diabético en 2018, desde el cuadro de mandos, encontramos que los resultados de detección y manejo en nuestro centro son muy inferiores a lo deseables. Este valor es acorde con los encontrados en nuestro sector u CCAA. Hemos objetivado un registro bajo en nuestro pacientes que creemos puede ser, por un lado a un problema de baja detección, y por otro a un problema de registro (a pesar de haber realizado detección).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1120

1. TÍTULO

MEJORA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PIE DIABÉTICO

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el número de diabéticos tipo 2, ambos sexos y mayores de 15 años, en los que se realizan actividades para detección pie diabético para mejorar detección precoz posibles complicaciones.

MÉTODO

Sesión conjunta equipo:

- Presentar actividades para mejorar captación tanto en consulta de medicina como de enfermería
- Repaso de registro de la actividad en OMI
- Repaso de actividades a realizar para detección
- Revisión de consultas y material necesario.

INDICADORES

Número de asistentes a la sesión de formación
Número de consultas en las que se revisó el material
Número de consulta en las que falta material.
Número de pacientes captados y revisados.
Porcentaje de mejora del índice de detección en 2019 con respecto a 2018

DURACIÓN

Mayo = sesión y revisión consultas
Junio a Diciembre implementación actividades de detección y revisión
Enero 2020 valoración resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0613

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARIANO DIESTE MARCIAL
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AZUARA LAGUIA MARIA JOSE
HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL
MACHIN VALTUEÑA MILAGROS
PEÑA TORCAL MARTA
VALLES MARCEN GREGORIO
BERNA HUERTA MARIA BEGOÑA
FORCEN BELTRAN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la duración de este proyecto de mejora de calidad, hemos impartido 7 sesiones formativas en las cuales hemos tratado los siguientes temas:

1.- Reanimación cardiopulmonar básica tanto del adulto como del niño, dividida en tres partes, en primer lugar realizamos una formación teórica de una hora de duración, seguida de un taller práctico con muñecos donde los asistentes practicarán los conocimientos adquiridos e hicimos un pequeño taller para la utilización de un desfibrilador semiautomático. A las tres sesiones asistieron 14 participantes. Me gustaría reseñar la gran participación e interés de los asistentes. Tras la entrega de la encuesta de valoración, varias personas indicaron que la reanimación cardiopulmonar básica es una maniobra sencilla y efectiva que aunque sí que la conocían, no sabían realizarla de una manera adecuada, y reseñaron su interés por repetir dicha jornada. Para más adelante, y queriendo continuar con este proyecto de mejora de calidad, nos gustaría conseguir, a través de la unidad docente, un material más adecuado y específico para impartir dicha sesión.

2.- Prevención de accidentes domésticos: En esta sesión expusimos los accidentes domésticos más frecuentes, y qué medidas se pueden utilizar para su prevención. Igualmente hablamos de las intoxicaciones medicamentosas más prevalentes, sus tratamientos más inmediatos, y comentamos la necesidad de tener siempre a mano el teléfono del servicio de toxicología, pues son ellos los que en un primer momento deben de aconsejar, tranquilizar o no, e indicar los pasos que deben seguir sus progenitores (acudir a centro de salud, servicio de urgencias o la medida adecuada).

También realizamos a continuación un taller para poner en práctica lo explicado sobre la obstrucción de la vía aérea ante la aspiración de un cuerpo extraño. A esta sesión acudieron 12 asistentes a quienes también les pareció una sesión muy interesante y mostraron su intención de recomendarla a sus conocidos para acudir en caso de repetirla.

3.- Revisión y recomendaciones de la Vacunación Universal. Esta sesión la dividimos en tres partes, en un primer lugar hablamos de las generalidades de las vacunas, tipos de vacunas, historia de las vacunas, evolución de la mortalidad infantil desde el siglo XX observando el descenso de dicha mortalidad desde la utilización sistemática de las vacunas y mejora de la asistencia sanitaria sobre todo en la medicalización del parto en medios hospitalarios e indicamos de una manera clara nuestra opinión respecto a los beneficios incuestionables de la vacunación sistemática en los niños. Posteriormente comentamos una por una todas las vacunas incluidas en el calendario vacunal oficial recomendado por el Servicio Aragonés de Salud. En último lugar comentamos y debatimos todas las vacunas optativas no financiadas por el sistema nacional de Salud.

A esta sesión acudieron 10 asistentes, de las cuales las 10 habían vacunado de todas las vacunas tanto de las vacunas recomendadas como las optativas.

4.- Introducción de la alimentación complementaria en el lactante: En esta ponencia expusimos las recomendaciones actuales en la introducción de los alimentos a lo largo de los dos primeros años de vida. También hablamos de la introducción de la alimentación sólida y de las nuevas corrientes de introducción de la alimentación sólida (Baby led weaning)

Acudieron 9 asistentes de las cuales 3 habían iniciado la introducción de la alimentación sólida de una manera precoz utilizando el método Baby led weaning

5.- Realizamos 3 sesiones más en las cuales, los asistentes fueron preguntando las dudas que tenían respecto a sus hijos, tanto de temas referentes a la salud, como a su educación. Fueron sesiones especialmente dinámicas donde, aunque teníamos preparados varios temas para hablar y poder dirigir las sesiones, gracias a la participación de los asistentes se trataron numerosos temas de muy diversa índole.

Lactancia materna y lactancia artificial
Utilización de antitérmicos
Uso racional de antibióticos.
Infecciones más frecuentes en pediatría.
Desarrollo psicomotor y de los sentidos del niño.
Bronquiolitis y cuadros de dificultad respiratoria
Que hacer tras un atragantamiento.
Problemas dermatológicos frecuentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0613

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)

La importancia del juego en el niño
Actuación ante una convulsión
El sueño del niño y aplicación del método Stivill.
Muerte súbita

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados que hemos alcanzado han sido los esperados cuando comenzamos este proyecto, hay resultados cuantificables, como son el número de asistentes, que hemos tenido una media de 10,5 asistentes por sesión como la valoración de las sesiones que ha sido de 9 (en una escala de 0 a 10). Pero hay una gran cantidad de resultados no cuantificables, ha resultado ser una actividad muy gratificante tanto a nivel personal como a nivel profesional, otra manera diferente de hacer pediatría, donde te das cuenta de que los médicos y en concreto los pediatras debemos salir de nuestras consultas, para mejorar el acercamiento a las familias, mostrando una mayor empatía con ellas.

Soy consciente de que ha sido un número reducido de sesiones clínicas que hemos realizado, pero debido a un problema de salud importante de mi hija, tuvimos que suspender la realización de dicho programa de formación durante unos meses, pero nuestra intención es seguir adelante con dicho programa, porque nos parece una manera fantástica de promover la salud y mejorar nuestra relación con los vecinos de nuestro barrio.
Me gustaría agradecer las facilidades y el gran interés expresado por la coordinación del centro y de nuestros compañeros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el transcurso de este año 2018, hemos iniciado en nuestro centro de salud desde el servicio de Pediatría y en sintonía con los compañeros de Medicina de Familia un proyecto para nuestra comunidad. De una manera altruista y completamente desinteresada, desde hace varios años, nuestra matrona, María José Azuara, organizó un grupo de apoyo para la lactancia materna donde todo el mundo que quisiese podía acudir ahí.

Pensamos, que podíamos complementar este grupo de apoyo a la lactancia materna, con nuestros conocimientos y con nuestra experiencia aportando otro enfoque quizás más orientado hacia el futuro, y no tan concretamente a esa etapa tan bonita y especial que es la época de la lactancia.
Y así ha sido, siempre con su apoyo y con una sonrisa, hemos ido caminando juntos durante este año, realizando varios talleres y charlas muy interesantes, donde me gustaría destacar el interés de los asistentes, la cordialidad, la camaradería y la complicidad que se establecía a lo largo de las sesiones entre las madres que asistían y nosotros.

7. OBSERVACIONES.

Nos gustaría continuar realizando esta actividad en los próximos años.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/613 ===== ***

Nº de registro: 0613

Título
PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)

Autores:
DIESTE MARCIAL MARIANO, AZUARA LAGUIA MARIA JOSE, HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL, MACHIN VALTUEÑA MILAGROS, PEÑA PORTA MARTA, VALLES MARCEN GREGORIO, BERNA HUERTA MARIA BEGOÑA, FORCEN BELTRAN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace ya varios años, en nuestro centro de salud, y gracias al gran interés de nuestra matrona, María José Azuara, se organizó un grupo de apoyo para la lactancia materna, donde todo el que quisiese podía acudir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0613

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)

a él.

Desde el punto de vista de la Pediatría, debido a la escasez de tiempo que disponemos para las visitas de los niños, la educación que intentamos realizar se limita a ese poco tiempo de consulta, y no actuamos en otros medios como nos gustaría, por ejemplo: la escuela, la familia y otros colectivos de niños.

Hemos tomado consciencia de la importancia de la educación en la salud en Pediatría, que aunque la realizamos como podemos en nuestra consulta, el poco tiempo que disponemos y la sensación que a veces tenemos de que todos los niños/pacientes son todos iguales, hace que entremos en la rutina y no conseguimos en la mayoría de los casos los objetivos que nos proponemos.

Este sentimiento de entrar en la rutina, y de conseguir poco éxito en nuestras intervenciones, nos ha llevado a intentar participar de una manera más activa en la educación colectiva de nuestras madres, pidiendo colaboración al grupo de soporte para la lactancia materna que ya existía en nuestro centro.

RESULTADOS ESPERADOS

Nos parece, que participando de esta manera, podemos conseguir mejorar la salud de nuestros niños y mejorar la preparación de las madres para posibles situaciones que les pudiesen ocurrir, como intoxicaciones, atragantamientos, convulsiones y que ellas se sientan más seguras de si mismas ante estos eventos.

De igual modo, se tratarían temas en las que los que las madres y padres pudiesen estar interesados, tanto de alimentación, vacunación, educación, psicología o de actualidad

Esperamos conseguir un mayor acercamiento humano hacia las familias, lo cual nos permitiría a la hora de pasar consulta una mejor empatía con ellos.

Promoviendo la salud, y comentando los posibles problemas, conseguiríamos disminuir las consultas de puericultura.

MÉTODO

El Programa de Formación de Padres y Madres consiste en una serie de charlas y talleres mensuales sobre temáticas de educación, psicología y salud, de especial interés para los padres y madres de niños lactantes menores de 12 meses,

Serán impartidas por un equipo de profesionales de Pediatría, tanto por el Pediatra como por la enfermera de Pediatría

Realizaremos una Reunión de todo el Servicio de Pediatría de nuestro centro de salud, para unificar criterios y otra con el resto del equipo de atención primaria para dar a conocer nuestro programa, aceptar sugerencias e intentar que todo el centro participe con nosotros.

Las madres y padres de este grupo, tendrán la posibilidad de seleccionar sobre una lista de temas aquellos que sean de su mayor interés.

INDICADORES

Se realizará una encuesta de satisfacción al finalizar cada una de estas sesiones, en las que se baremará:

- la satisfacción individual,
- la calidad del ponente,
- la calidad del tema expuesto,
- la duración de la sesión,

La satisfacción de las expectativas concretas que tenían sobre dicho tema.

DURACIÓN

La duración del presente programa será desde enero del 2018 hasta diciembre del 2018, las sesiones serán de carácter mensual, el tiempo establecido para cada actividad será de una hora y media.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0494

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 numero 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.
Devolucion 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 - 2018/0301

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE MARTA DIAZ FLE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZUERA
· Localidad ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRALON ORTEGA CRISTINA
BRIZZOLIS GRAUS MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Mayo 2018)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo 2018)
Para realizar estas actividades empleamos el listado que nos proporcionó la farmacia del sector.
3. Trabajo de campo con los pacientes. Valoración de los pacientes aptos para cambiar a ACOD. (Junio - Septiembre 2018)
4. Sesión clínica en el EAP (junio 2018)
5. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (junio 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que en los últimos 6 meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango: TOTAL DE PACIETES CON ANTIVITAMINA K 26, PACIENTES FUERA DE RANGO >60% 8 = 30.76%
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situación clínica en las que se recomienda su paso a ACOD: TOTAL DE PACIENTES CON ANTIVITAMINA K : 26 PACIENTES CAMBIADOS A ACOD: 5 = 19.23%
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales: TOTAL PACIENTES ANTICOAGULADOS: 32 TOTAL PACIENTES CON ACOD: 6 = 18.75%
- número de pacientes o cuidadores que asisten a la charla formativa: 4
- nº de trombosis registradas en pacientes tratados : 0
- nº de hemorragias leves registradas en pacientes tratados: 0
- nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados: 1
Para registrar estos datos utilizamos un listado manual donde íbamos apuntando incidencias además de apuntarlo en el programa de OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha parecido de mucho interés y gratificante el mejorar la calidad de vida de los pacientes que han sido aptos para el cambio a ACOD, observando su mejora tanto en la adhesión al tratamiento como en la probabilidad de sufrir un episodio trombótico o hemorrágico debido al mal control de INR.

7. OBSERVACIONES.

Nos ha resultado difícil sacar del programa de TAO el recuento tanto de los episodios trombóticos como hemorrágicos, ya que si no hubiésemos tenido un registro manual, no hubiésemos podido sacar los datos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/301 ===== ***

Nº de registro: 0301

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE

Autores:
DIAZ FLE MARTA, GARRALON ORTEGA CRISTINA, BRIZZOLIS GRAUS MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0301

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Vemos la necesidad dentro de nuestra comunidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes que están en tratamiento con antivitamina K, ya que con los nuevos anticoagulantes orales mejora tanto la calidad de vida del paciente como la seguridad clínica, y aunque no precisen de monitorización es preciso que no se relaje su seguimiento, que debe seguir realizandose de forma continuada en el consultorio con el personal de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la calidad de vida de los pacientes
Mejora de la adhesión al tratamiento
Mejora de la seguridad clínica
Reducir los episodios hemorrágicos y trombóticos debido a un mal control del INR

MÉTODO

1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Abril/Mayo)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Abril/Mayo)
3. Trabajo de campo con los pacientes (Enero/Noviembre)
4. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo)
5. Actividades formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Junio)
6. Evaluación de resultados (Noviembre)

INDICADORES

- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que en los últimos 6 meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situación clínica en las que se recomienda su paso a ACOD.
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
- nº de pacientes o cuidadores que asisten a la reunión formativa
- nº de trombosis registradas en pacientes tratados
- nº de hemorragias leves registradas en pacientes tratados
- nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

DURACIÓN

1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Abril/Mayo)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Abril/Mayo)
3. Trabajo de campo con los pacientes (Enero/Noviembre)
4. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo)
5. Actividades formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Junio)
6. Evaluación de resultados (Noviembre)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0444

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ZUERA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA GARRALON ORTEGA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ZUERA
· Localidad ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ PEIRONA BARBARA
SOLER COCHI PILAR
LOPEZ PEIRONA NEREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Identificación de pacientes con episodios de úlceras: Mayo 2018
Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales : Mayo 2018
Revisión del tápiz del paciente cerrando episodios ya resueltos : Junio- Septiembre 2018
Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto : 22 Mayo 2018
Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste: Junio- Septiembre 2018
Actividad formativa con el equipo de enfermería de Centro de Salud pra recordar el correcto registro del protocolo : 22 Mayo 2018
Evaluación resultados : Enero- Febrero 2019
RECURSOS UTILIZADOS: A través de Dirección de enfermería se nos proporcionó un listado con los pacientes del Centro de Salud que tenían un episodio abierto de úlceras (S97)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de pacientes con úlceras de extremidad inferior. Total de pacientes con episodio abierto de úlceras/ pacientes con úlceras de extremidad inferior: 21.92%
% de pacientes con protocolo de úlceras en planes personales: Total de pacientes con úlceras de extremidad inferior/ pacientes con protocolo abierto en cartera de servicios: 24%
% de pacientes con úlceras resueltas y episodios de úlceras abiertos: 77.19%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este proyecto de calidad nos hemos dado cuenta de la cantidad de episodios abiertos que había con úlceras ya resueltas, que no habíamos cerrado, nos ha servido para concienciarnos del hecho que tenemos que cerrar episodios una vez resueltos y así mejorar la calidad de registro en OMI tanto al cerrar episodios como al registrar de forma correcta en planes personales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/444 ===== ***

Nº de registro: 0444

Título
MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S.ZUERA

Autores:
GARRALON ORTEGA CRISTINA, LOPEZ PEIRONA BARBARA, SOLER COCHI PILAR, LOPEZ PEIRONA NEREA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0444

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ÚLCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ZUERA

Vemos la necesidad dentro de planes personales de aprovechar mejor el protocolo de úlceras (S97) ya que, aunque son bastantes los pacientes que tienen esta patología, en pocos está creado este protocolo en los planes personales, siendonos de mucha utilidad registrar desde aquí las modificaciones en las características de las úlceras y su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejora de los recursos que nos ofrece OMI
2. Mejora del registro del protocolo de úlceras
3. Mejora de la concordancia de la patología actual del paciente y su tapiz.

MÉTODO

- Identificación de pacientes con episodios de úlceras (S97) (Mayo 2018)
- Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales (Mayo 2018)
- Revisión del tapiz del paciente cerrando episodios ya resueltos. (Junio 2018)
- Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto (Mayo 2018)
- Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste (Junio 2018)
- Actividad formativa con el equipo de enfermería del Centro de Salud para recordar el correcto registro del protocolo (Junio 2018)
- Evaluación de resultados (Noviembre 2018)

INDICADORES

- % de pacientes con úlceras
- % de pacientes con protocolo de úlceras en planes personales
- % de pacientes con úlceras resueltas y episodios de úlceras abiertos
- Continuidad del registro en el protocolo

DURACIÓN

- Identificación de pacientes con episodios de úlceras (S97) (Mayo 2018)
- Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales (Mayo 2018)
- Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto (Mayo 2018)
- Revisión del tapiz del paciente cerrando episodios ya resueltos. (Junio 2018)
- Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste (Junio 2018)
- Actividad formativa con el equipo de enfermería del Centro de Salud para recordar el correcto registro del protocolo (Junio 2018)
- Evaluación de resultados (Noviembre 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1077

1. TÍTULO

USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y SU CONTRIBUCIÓN AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR NOVELLA ABRIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZUERA
· Localidad ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERRAIZ GASTESI GONZALO
BURILLO YAGÜE CARMEN
SIERRA SANMARTIN MARIA PILAR
LOPEZ PEIRONA BARBARA
DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL
CABREJAS LALMOLDA ANA
RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Debido a la dificultad para fijar una fecha específica para la presentación del proyecto al equipo ésta se realizó durante la sesión de presentación del protocolo de infecciones respiratorias IRAS PROA el día 13 de junio de 2019, a la que asistió el 26,6% del personal del equipo. Posteriormente no se han podido convocar sesiones de seguimiento debido a las dificultades de sustituciones durante el periodo vacacional que han sobrecargado al equipo. Por ello, en el mes de Septiembre se dejó en los casilleros de los profesionales médicos impresos con los pantallazos sobre el correcto registro del Test de diagnóstico rápido de Streptotest (en adelante TDR) como recordatorio, al detectarse dudas a la hora de realizarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para analizar los datos se solicitó a informática la relación de episodios R72 (relacionados con Faringoamigdalitis aguda estreptocócica) desde Mayo a Diciembre de 2019. No se pudieron contabilizar los criterios Centor, pues esto no se puede registrar en OMI. salvo en texto libre.

El total de casos fue de 191, 110 de pediatría y 81 de adultos

En 102 casos (53%) consta realizado el TDR, pero de éstos, solo en el 63% de los casos se ha registrado correctamente, en el resto constaba en texto libre

En 89 casos el resultado fue positivo, y en todos ellos (100%) se prescribió el antibiótico adecuado de acuerdo con la Guía Terapéutica Antimicrobiana de Aljarafe (penicilina o amoxicilina de primera opción y azitromicina en caso de alergia). En los casos en que fue negativo no se prescribió antibiótico alguno

Hay que destacar que el registro ha sido mucho mejor en las consultas de pediatría que en las de Medicina de Familia o de Atención Continuada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha constatado una escasa realización del TDR ante el diagnóstico de sospecha de Faringoamigdalitis aguda estreptocócica, si bien no se sabe si cumplían los 3-4 puntos de los criterios Centor necesarios para la realización del mismo. En este último caso quizá habría que haber replanteado el diagnóstico.

Tampoco tenemos constancia del nivel de realización del TDR, registro y tratamiento administrado antes de comenzar con el proyecto, por lo que no podemos valorar si realmente ha podido haber o no una mejora.

Además, durante los meses de Junio-Julio y puntualmente en algún momento hubo dificultades de acceso a la realización del TDR por falta de suministro o porque no estaba correctamente ubicado.

Lo que sí que pensamos que ha calado en el equipo ha sido la adecuación del antibiótico frente a un diagnóstico de Faringoamigdalitis estreptocócica, ya que en todos los casos la elección del principio activo ha sido la adecuada y en ningún caso con resultado de TDR negativo se dió antibiótico. En este trabajo no hemos entrado a valorar la dosificación de antibiótico, que quizá podría plantearse como un nuevo proyecto.

La falta de tiempo en las consultas (son necesarios al menos 5 minutos para la realización del TDR, la ubicación del reactivo (en ocasiones guardados en las consultas de pediatría; en algunos consultorios incluso en distintos pisos) y la falta de un protocolo de registro de criterios Centor en OMI y de TDR mas sencillo y unificado para medicina y enfermería (ahora mismo el registro es diferente) ha podido influir en los resultados encontrados.

Durante este periodo de tiempo también ha habido muchos cambios de personal de medicina y enfermería, que por desconocimiento del proyecto ha podido influir en los resultados.

Sería necesario:

- 1.- Implantación de un protocolo de OMI sencillo para el correcto registro de criterios Centor, TDR y tratamiento, lo que ha sido aprobado en sesión de PROA de sector I y se encuentra en fase de borrador
- 2.- Mejorar la accesibilidad al TDR en el Centro de Salud y consultorios (mejorar la ubicación)
- 3.- Reforzar aún más los conocimientos del personal médico del Centro de Salud de Zuera en cuanto a la aplicación y uso e indicaciones de este TDR.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1077

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1077

1. TÍTULO

USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y SU CONTRIBUCIÓN AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

***** ***

Nº de registro: 1077

Título
USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNOSTICO RAPIDO Y SU CONTRIBUCION AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

Autores:
NOVELLA ABRIL MARIA PILAR, HERRAIZ GASTESI GONZALO, SIERRA SANMARTIN MARIA PILAR, TARONGI SALINAS BEGOÑA, LOPEZ PEIRONA BARBARA, BUISAC RAMON CELIA ESTHER, CAY AURIA MARIA DOLORES, DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las infecciones del tracto respiratorio superior más frecuente tanto en adultos como en población pediátrica. La mayoría son de origen viral, sólo en un 30% en niños y un 5-15% de adultos está causada por otros agentes, entre ellos el Estreptococo B-hemolítico tipo A (SBHA), causante de complicaciones infecciosas locales, sistémicas y para infecciosas como la fiebre reumática y la glomerulonefritis. Sin embargo, en el 60% de los casos, los médicos prescriben tratamiento antibiótico, contribuyendo al aumento de las resistencias antibióticas derivadas de una mala prescripción, con las consecuencias que esto conlleva. Los criterios Centor como método diagnóstico clínico tampoco discriminan, pues una puntuación de >4 predicen un riesgo de FAA por SBHA del 38 al 63%. El streptotest tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 95% en pacientes con criterios Centor 3-4 para diagnosticar FAA por SBHA.

RESULTADOS ESPERADOS

Aplicar los criterios Centor en el proceso de diagnóstico de FAA.
Incorporar el uso del Streptotest como herramienta de diagnóstico rápido en los casos en que sea necesario y su correcto registro.
Optimización del uso de antibióticos en FAA utilizando las guías de prescripción de antibióticos de nuestra comunidad, basada en la evidencia científica y en los mapas de resistencias de nuestra zona.

MÉTODO

El responsable del proyecto presentará en sesión clínica al equipo en el mes de Mayo de 2019 el proyecto en la que se proporcionará la información referente al manejo de los criterios Centor y el uso y registro del test de diagnóstico rápido, así como el acceso a la guía antimicrobiana de referencia.
A los profesionales que no puedan asistir a la sesión se les proporcionará esta información por escrito en sus casilleros.
Se realizarán reuniones trimestrales para valoración de los problemas y resultados que vayan surgiendo

INDICADORES

Episodios de FAA en el que conste test de diagnóstico rápido.
Episodios de FAA con Streptotest +.
Episodios de FAA con Streptotest + y prescripción antibiótica de acuerdo con la guía terapéutica antimicrobiana de Aljarafe.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Mayo
Fecha de finalización: Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1077

1. TÍTULO

USO DEL STREPTOTEST COMO PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y SU CONTRIBUCIÓN AL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1263

1. TÍTULO

CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE INMACULADA GRASA LAMBEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZUERA
· Localidad ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLER COHI MARIA PILAR
PUYOD ARNAL MARIA JESUS
BERNA SERNA AMPARO
FERNANDEZ CASTRO OLGA
VIVAS PANIAGUA MARIA TERESA
CABREJAS LALMOLDA ANA
VILLANUA BONET MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Junio- 2019: Sesión informativa para todos los profesionales del equipo de Atención Primaria de la necesidad de realizar un Manual de Acogida para facilitar la incorporación del nuevo personal a nuestra zona básica de Salud.

-Junio-2019: Reunión con diferentes estamentos para la puesta en común y clarificación de procesos de la las solicitudes de interconsulta a las diferentes especialidades, pruebas diagnósticas, trámites y documentos administrativos, gestión de los diferentes tipos de consulta, horarios, turnos de urgencias. (Responsable de la reunión: Inmaculada Grasa).

-Reunión con los colaboradores del grupo de mejora:
Septiembre 2019. Desarrollo del proyecto.
Diciembre 2019. Elaboración del Manual de Acogida.(Responsable: Inmaculada Grasa).
Enero 2020. Evaluación del Manual de Acogida por los integrantes del grupo de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Aprobación por la Dirección del Sector I.(Enero 2020).
-A partir de la fecha actual se entregará el Manual de Acogida a cada incorporación nueva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con el manual de acogida se pretende involucrar al trabajador en el proyecto colectivo, propiciando la implicación y participación de cada profesional para alcanzar los objetivos marcados; el manual, como elemento clave de la comunicación tratará de satisfacer las necesidades y expectativas del nuevo empleado dentro del centro de Salud, facilitando tanto la creación de un clima interno favorable como el avance en la mejora de la calidad de las relaciones humanas

7. OBSERVACIONES.

Dada la carga de trabajo asistencial, ha sido complicado realizar todas las actividades en las fechas previstas. Finalmente se ha conseguido su elaboración.
En relación con la evaluación, en los próximos meses podrá realizarse de forma completa a todas las partes implicadas, lo que aportara una visión global.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1263 ===== ***

Nº de registro: 1263

Título
CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Autores:
GRASA LAMBEA INMACULADA, SOLER COCHI MARIA PILAR, BERNA SERNA AMPARO, VAL ESCUER MARIA ANGELES, FERNANDEZ CASTRO OLGA, VIVAS PANIAGUA MARIA TERESA, VILLANUA BONET MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1263

1. TÍTULO

CREACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Gestión RRHH.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cada año hay incorporaciones nuevas en el Equipo de Atención Primaria (EAP)de Zuera . Se necesita la elaboración de un plan de acogida para profesionales de nueva incorporación para dar a conocer las principales características de nuestro Centro de Salud y del Sector al que pertenece y que recoja la información específica del EAP que no está contemplada en otros recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación al Equipo de Atención Primaria es una herramienta útil en el momento del inicio de la relación laboral, este tipo de planes, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

MÉTODO
Enero-Marzo 2019:
- Reuniones mensuales del grupo de mejora para elaboración del manual
Abril-Septiembre 2019:
-Desarrollo del proyecto y evaluación por parte del EAP .
-Sesión informativa para que que todos los profesionales del EAP conozcan el Manual de Acogida.

INDICADORES
-Aprobación por la Dirección del Sector I.
-Encuesta para evaluar la satisfacción del personal de nueva incorporación.
-Nº de incorporaciones nuevas.
-Nº Registro de entrega de manual de acogida a cada incorporación nueva .
Si /No.

DURACIÓN
Inicio de proyecto: enero 2019
Finalización de proyecto: Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1269

1. TÍTULO

MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA VILLANUA BONET
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ZUERA
· Localidad ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NOVELLA ABRIL MARIA PILAR
DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL
PUYOD ARNAL MARIA JESUS
GARCIA SALAVERA MARIA ARANZAZU
HERNANDEZ LAGUNAS JOSE JAVIER
CAY AURIA MARIA DOLORES
TARONGI SALINAS BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Del 7 Mayo - 23 Mayo curso en el C.de Salud Zuera: Manejo de la patología musculoesquelética en Atención Primaria.

Materias: Hombro doloroso, Lumbalgia y Gonalgia.
Horas: 3 horas.

-Mayo: Se entrega a cada médico del Equipo de Atención Primaria del C. Salud de Zuera el protocolo clínico actual de derivación a la Unidad Musculo Esquelética y se expone el proyecto de mejora.

-Reunión Septiembre: Equipo de Mejora:

-Se revisan interconsultas y se modifican indicadores: Se elimina indicador "nº de errores en derivación" y se sustituye por "nº de pacientes que no son valorados en el segundo nivel de especializada:<30%" y "nº de pacientes que son citados en Atención Especializada"> 70%"

-Se seleccionan 5 cupos del centro de Salud para realizar la valoración de interconsultas a UME. Las interconsultas realizadas por los médicos de estos cupos pertenecen al equipo de mejora. Corresponden en su totalidad a Zuera y uno a San Mateo de Gallego.

-Reunión Octubre: Equipo de Mejora.: Se prolonga el tiempo de revisión de interconsultas hasta Diciembre.

-4 Diciembre: Sesión Clínica: "Protocolo de derivación de pacientes a la Unidad de fisioterapia de Atención Primaria (responsable José Javier Hernández).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Nº de interconsultas realizadas a la Unidad Músculo Esquelética.: 171 derivaciones

-Nº de pacientes citados en UME: 60 % (standard marcado 70%)

-Nº de pacientes que no son valorados en el segundo nivel de especializada: 12,8% (standard<30%)

-Nº de pacientes que son citados en Atención Especializada desde UME: Traumatología, UME o Rehabilitación: 85,6% (standard >70%)

-Entrega del protocolo a todos los profesionales del Salud y a todos de nueva incorporación: SI

-Asistencia del 72% de los profesionales médicos al curso del Manejo de la Patología Músculo Esquelética.(standard 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De todas las derivaciones realizadas desde nuestro Centro de Salud a la UME el 85,6% van a ser valoradas y por lo tanto se han derivado correctamente.

Con la interconsulta virtual de la UME se ha mejorado la accesibilidad y la sobrecarga asistencial de la atención especializada, mejorando el flujo de información y la coordinación.

Desde nuestras consultas de A. Primaria tenemos una lista de espera en traumatología importante, gracias a la interconsulta virtual algunos pacientes se han beneficiado y han podido ser citados directamente desde la UME (16,9% de pacientes).

Debido a la dispersión poblacional de nuestra Zona Básica de Salud y a la sobrecarga asistencial ha sido complicado poder asistir a los cursos y sesiones clínicas que son importantes para nuestra experiencia en la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

Nos hubiese gustado plasmar en la memoria los días de espera que hay para que un paciente remitido desde

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1269

1. TÍTULO

MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

nuestras consultas sea visto por Traumatología. No nos han facilitado los datos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1269 ===== ***

Nº de registro: 1269

Título
MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Autores:
VILLANUA BONET MARIA TERESA, NOVELLA ABRIL MARIA PILAR, DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL, GARCIA SALAVERA MARIA ARANZAZU, CAY AURIA MARIA DOLORES, HERNANDEZ LAGUNAS JOSE JAVIER, VIVAS PANIAGUA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades musculo esqueléticas generan impotencia funcional y dolor crónico. El sistema de salud concentra gran parte de su resolución en el nivel secundario de atención, con largas listas de espera. En la actualidad se tarda mucho tiempo en diagnosticar y en iniciarse un tratamiento correcto. Es fundamental la implicación del médico de Atención Primaria que va a ser quien inicie el tratamiento del dolor de la manera más precoz posible y es el que solicita en el primer momento pruebas complementarias para agilizar el diagnóstico. Por todo ello es necesario mejorar la calidad en las derivaciones.
El impacto de estas enfermedades en el consumo de recursos y actividades sanitarias es muy alto. Se estima, que un 33% de la población acude al centro de salud por problemas osteomusculares. Siendo uno de los motivos más frecuentes de baja laboral

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es aumentar los conocimientos en patología del aparato locomotor de los médicos de nuestro C.Salud haciendo especial hincapié en el diagnóstico de patologías altamente prevalentes en el ámbito del aparato locomotor para realizar una correcta derivación.
-Establecer unos criterios eficientes de derivación a las consultas de Unidad Músculo Esquelética (UME) basados en la aplicación de los conocimientos adquiridos .
-Evitar duplicidades y errores en las derivaciones.

MÉTODO
-Talleres en el C.Salud sobre el Aparato locomotor, en número de 3 sesiones.
-Sesión clínica impartida por el Fisioterapia del C.Salud.
-Promover a los distintos consultorios el protocolo clínico actual de derivación a la Unidad Musculo Esquelética.
-Reuniones del equipo de mejora cada 2 meses para valorar interconsultas.

INDICADORES
-Valoración de una correcta derivación a UME tras los talleres.:
- N° de interconsultas realizadas a Unidad Músculo Esquelética.
- N° de pacientes citados en UME: > 70%.
- N° de errores en derivación.: < 30% que se hayan recitado en otro nivel .
-Entrega del protocolo a todos los profesionales del C.Salud y a todos de nueva incorporación . Si/NO
-Asistencia del 80% profesionales médicos a los talleres impartidos en el C.Salud.

DURACIÓN
-Talleres: en Mayo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1269

1. TÍTULO

MEJORA PARA OPTIMIZAR LAS DERIVACIONES A LA UNIDAD MUSCULO ESQUELETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

-Revisión de interconsultas: desde Mayo a Octubre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1543

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 - 2018/1525

1. TÍTULO

REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE DOLORES GOMEZ GARCIA
· 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.

REY LISO ANA ISABEL
AISA VIÑA JESUS
QUINTANA GRACIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- PRIMERA SEMANA MES DE JULIO DE 2018: Diseño cartel de instrucciones en formato Word donde se informa de los requisitos que debe tener la solicitud de traslado de historia para poderla tramitar fuera de nuestra Comunidad Autónoma. Se subrayan tres apartados bien diferenciados: DOCUMENTACION REQUERIDA, CUMPLIMENTACIÓN CORRECTA Y DÓNDE SE DEBE DE EN ENVIAR.

- DIA 20/07/2018: Se remite el documento con los requisitos exigidos por email a todos los Centros de Salud para que el mismo se exponga y pueda ser consultado por todos los profesionales del Servicio de Admisión.

- DURANTE LOS MESES SIGUIENTES: Revisión de forma progresiva de los registros del Directorio Principal de la Base de Datos realizando depuración datos, anulación registros inexistentes e incorrectos, modificación datos concretos, así como unificación en el formato. La actualización de la identificación de los Hospitales, Centros de Salud, Consultorios, Gerencias y demás departamentos y sus respectivas ubicaciones han sido contrastadas con el CATALOGO DE HOSPITALES, en la Web oficial del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

- CADA 3 MESES: Reclamación con correo postal de las historias clínicas por defecto de forma al centro de procedencia. Si se aprecia una excesiva demora se renueva la reclamación vía telefónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- EVALUACIÓN

- PERIODO COMPARATIVO

DESDE EL 1/07/2017 AL 31/12/2017

DESDE EL 1/07/2018 AL 31/12/2018

Se ha tomado como referencia ese periodo porque el volumen de historias contabilizadas es una cantidad más o menos equitativa. Hay que resaltar que ha habido un aumento de solicitudes de traslado de un 15,70% en el año 2018 con respecto al 2017.

- Se ha calculado el Promedio de esos 6 meses contabilizando el periodo de tiempo transcurrido desde la fecha de entrada de la solicitud a nuestro Servicio y la fecha de cierre del expediente de traslado, es decir, cuando la historia está disponible en el Centro de Salud. El cálculo se ha realizado con registros cerrados a fecha 25 de febrero de 2019, aunque el periodo a calcular es hasta el 31 de diciembre de 2018 (fecha de entrada) ya que dichas historias se cierran posteriormente.

- Se ha eliminado de la valoración aquellos registros que de forma extraordinaria tienen alguna peculiaridad que los distinga de la forma habitual de tramitación (cambios de gerencia, fallecimientos, personas que se trasladan fuera de nuestra Comunidad y no se registra traslado en la Base de Datos de Usuarios de Aragón, aquellas historias reclamadas varias veces, historias enviadas en otra lengua cooficial que devolvemos para su traducción, falta de documentación requerida o requisitos una vez transcurridos los 10 días de subsanación a la solicitud)

- RESULTADO

AÑO 2017 AÑO 2018

428 451 Total solicitudes valoradas de forma correlativa según orden de registro.

97 43,5 Promedio total de días que tardan las historias en llegar a su destino.

- OBJETIVO

Se ha conseguido reducir en un 55,5% el tiempo

97-43,5=53,5

53,5 x 100/97 = 55,5%

- REGISTROS CORREGIDOS

De 646 registros totales del Directorio Principal de la Base de Datos se han corregido 389.

- DATOS DEL RESULTADO

Los datos del resultado y del proceso realizado se encuentran custodiados en carpeta electrónica para evaluación y control en el SIAU de Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza I

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido una respuesta aceptable y eficaz como indican los porcentajes expuestos, no obstante, se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1525

1. TÍTULO

REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS

deben mantener en el tiempo, y se requiere una continuidad que implica la colaboración de todos los que participan en el proceso. Parte importante de la responsabilidad recae en los Servicios de Admisión, ya que supone la fase inicial del mismo. Existen muchos factores como hemos mencionado con anterioridad que pueden repercutir negativamente en el cumplimiento del objetivo; cabe destacar que la causa principal de la demora reside en la falta de documentación o errores de cumplimentación, así como el consentimiento expreso (necesario según normativa). Si desde el primer contacto que tiene el usuario con el Servicio de Admisión no se tramita adecuadamente, el resultado posterior se verá afectado considerablemente.

7. OBSERVACIONES.

En la actualidad ha aumentado la realización de trámites de forma electrónica y en lo que afecta al traslado de historias por medios telemáticos nos queda aún camino por recorrer. Esperamos que progresivamente se avance y consigamos con la implantación de nuevos procedimientos una mayor agilización, al amparo de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1525 ===== ***

Nº de registro: 1525

Título
REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS

Autores:
GOMEZ GARCIA DOLORES, REY LISO ANA ISABEL, AISA VIÑA JESUS, QUINTANA GRACIA MARIA JESUS

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: Reducción tiempo
Línea Estratégica : Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos : Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hemos comprobado que cuando se solicitan las historias clínicas, sobre todo, a otras Comunidades Autónomas, existe una demora en la remisión de la misma. Puede ser por varios motivos:

- Algunos registros de la base de datos están erróneos ya que desde su creación no se han actualizado de forma adecuada y los continuos cambios organizativos en que se ven sometidos los organismos sanitarios derivan en la no existencia de la misma denominación del Centro o incluso la dirección de los Centros de Salud y las Gerencias estén ubicadas en otros lugares.

- Las solicitudes van de un lado a otro, pues no está claro, el servicio central desde donde se tramitan.

En cuanto a las solicitudes que nos llegan desde los Centros de Salud de nuestro Sector hay que mencionar ciertas irregularidades que también producen retraso en su tramitación:

- Las solicitudes no están correctamente cumplimentadas.
- Falta de documentación (copia de DNI o libro de familia, en caso de menores)
- Las solicitudes se dirigen al Centro de procedencia sin pasar por Clientes. En ocasiones llegan historias que no están registradas en nuestra base de datos y tenemos que realizar el proceso a la inversa.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción tiempo desde fecha de entrada solicitud y fecha de remisión de historia clínica facilitando a los profesionales sanitarios la historia clínica completa lo antes posible, para precisar de manera eficaz la asistencia sanitaria.

MÉTODO

- Corrección de los registros del Directorio Principal de la Base de Datos (Denominación Centros de Salud, gerencias, direcciones etc.) modificando aquellos datos erróneos una vez verificados.
- Llamadas de teléfono a los organismos para confeccionar los registros de forma fehaciente y segura, concretando el servicio encargado de la tramitación.
- Elaborar modelo recordatorio o cartel para colocarlo en los servicios de admisión para consulta rápida, que especifique la forma correcta de cumplimentación de la solicitud de traslado de historia, documentación que tienen que adjuntar, así como el circuito/recorrido correcto que debe de seguir la misma.

INDICADORES

Análisis previo antes de la implantación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1525

1. TÍTULO

REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS

Calcular el tiempo desde la fecha de registro de entrada de la solicitud y la fecha de remisión de la historia clínica y compararlos antes y después de comenzar el proyecto.
Valorar en un periodo determinado y conseguir reducir el resultado a la mitad y

DURACIÓN

Inicio: Enero 2018

Fin: Diciembre 2018

Revisar de forma periódica los expedientes que estén sin cerrar para preceder a la reclamación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

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 hipolipemiente 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

PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION 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 Gestion 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
PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION 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 Dirección.

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 desplegables 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. Corrección. Ejecuta Grupo Técnico.

9.- Diciembre 2017: Valoración de funcionamiento de Servicio WEB y Funcionalidades implantadas. Y elección de nuevas funcionalidades y aplicaciones para 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización del Sitio Web: Implementación

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 - 2018/0047

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 13/02/2019

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
ARAGUES BRAVO JOSE CARLOS
BARTOLOME MORENO CRUZ
CASCANTE MARTINEZ ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Cronograma de implantación:

- Con la colaboración de la Unidad Docente de Medicina de Familia del Sector I, se recogió bibliografía de las principales guías clínicas sobre el manejo de la patología de rodilla así como lumbar y se adaptaron en varias reuniones de consenso a la realidad del Sector. Se editan sendos documentos con depósito legal Z-741-2018 y Z-744-2018, respectivamente.
- El grupo de trabajo responsable realizó la última revisión del documento "Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la patología de rodilla" en junio de 2018, como así consta en el mismo. En junio de 2018 también se revisó, y así consta, el "Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia". En el mismo mes se incorporó la revisión al documento que recoge el "Protocolo de consenso entre AP y Hospitalaria en el manejo del hombro doloroso".

2. Plan de comunicación:

- Todos los documentos y sus algoritmos se publican en la Intranet del Sector I para su consulta.
- En el 2º semestre del año 2018, se realizan 3 ediciones en formato de sesión clínica acreditada para todos los profesionales del Sector y que se impartieron en los CS La Jota, Picarral y Parque Goya.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

3. Evaluación de resultados:

- Se han editado y revisado los protocolos de actuación previstos.
- La difusión e implantación del protocolo a lo largo de 2018 ha sido la adecuada para documentos de estas características. En 2019 se prevén 3 ediciones más en formato de sesión clínica acreditada en distintos centros de salud.
- En 2018 no se pudo implementar la interconsulta virtual con las especialidades implicadas, salvo reumatología que sí se implantó. En el primer trimestre de 2019 está previsto incorporar la especialidad de Rehabilitación y la Unidad Musculoesquelética a la interconsulta virtual con AP.
- OMI-AP: Solicitud de RMN desde AP en 2018= 2.114/Solicitud RMN desde AP en 2017= 1.867. > 1. Se observa una disminución de las RMN de hombro, protocolo desarrollado en 2017. La difusión de los protocolos de rodilla y lumbar se realizó en el último trimestre del año 2018.
- El indicador hospitalario nos ha sido imposible volcar a fecha de elaboración de esta memoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4. Impacto del Proyecto:

Se ha trabajado en sendos documentos para el manejo de estas patologías consensuado por AP/Hospitalaria y en base a las recomendaciones recogidas en las últimas guías médicas. Para ello, se ha contado con la inestimable ayuda de la Unidad Docente de Medicina de Familia del Sector I y de sus residentes.

Se ha implementado en la intranet del Sector, así como editado con depósito legal cada una de las guías elaboradas.

La difusión en formato de sesión clínica acreditada se llevó a cabo en el último trimestre del año en tres centros de salud. Están cerradas otras tres ediciones para el año 2019, por lo que algunos de los objetivos planteados a cierre de 2018 pensamos que tendrán un comportamiento mejor en el año 2019.

Este proyecto ha servido para que desde el Sº de Rehabilitación se impulse la puesta en funcionamiento de la interconsulta virtual RHB/UME con Atención Primaria a partir de 2019.

7. OBSERVACIONES.

A pesar de dar por finalizado el proyecto, en el año 2019 se mantendrá la monitorización de los indicadores marcados y se pondrá especial interés en la mejora de resultados.

Los documentos y guías elaboradas se encuentran en la Intranet del Sector y pueden ser de utilidad para otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0047

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

sectores sanitarios.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/47 ===== ***

Nº de registro: 0047

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
GALINDO CHICO MIGUEL, RAMIREZ ALESON VICTORIA, CANALES CORTES VICENTE, ARAGUES BRAVO JOSE CARLOS, BARTOLOME MORENO CRUZ, CASCANTE MARTINEZ ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología osteomuscular es un problema de salud de alta prevalencia y causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad. Los criterios de actuación ante las diversas patologías no son uniformes, así como los circuitos asistenciales.
Las agendas de las especialidades implicadas en el tratamiento médico, rehabilitador o quirúrgico de los pacientes con estas dolencias sufren una excesiva demora en días para primera consulta, como también sucede con algunas pruebas de imagen solicitadas, lo que conlleva que se originen duplicidades asistenciales y de pruebas complementarias.
Existe una falta de consenso e idoneidad en la solicitud de algunas pruebas complementarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Consensuar entre AP y Hospitalaria un protocolo de actuación para la mejora en el manejo de pacientes con patología osteomuscular definiendo circuitos asistenciales para los distintos pacientes.
Implementar en todos los centros de salud la interconsulta virtual con Reumatología, Rehabilitación, Traumatología y UME.
Disminuir el tiempo de resolución de las patología consultadas.
Disminución en la solicitud de algunas pruebas de imagen como la RMN, así como evitar duplicidades en las peticiones.
En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO
Grupo de trabajo multidisciplinar que en reuniones periódicas revisará los protocolos existentes y los adecuará a las nuevas circunstancias.
Presentación y difusión en forma de sesiones clínicas de los circuitos y protocolos de actuación a los facultativos de AP, fisioterapeutas de AP y especialistas hospitalarios comprometidos.
Se pilotará en un centro de salud una consulta monográfica de infiltraciones.

INDICADORES
- Establecer protocolo y revisión del mismo...SI
- Difusión en formato de sesiones clínicas.....SI
- Implementación IV.....100% de los CS
- Demoras en C. externas de Traumatología, Rehabilitación, UME, Reumatología y Fisioterapia de AP 2018/2017 < 1
- Solicitudes desde AP de RMN por procesos osteomusculares 2018/2017 < 1
- Consulta monográfica infiltraciones.....Al menos en 1 CS

DURACIÓN
Febrero 2018: Revisión protocolos de actuación y circuitos asistenciales.
Marzo-Abril 2018: Difusión del protocolo de actuación.
Marzo 2018: Implementación IV

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0047

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Junio 2018: Evaluación
Septiembre 2018: Evaluación
Diciembre 2018-Enero 2019: Evaluación y cierre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0071

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE CAROLINA MENDI METOLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO CHICO MIGUEL
PABLO JULVEZ LUIS
GARUZ BELLIDO ROBERTO
GALVE ROYO EUGENIO
SISAMON MARCO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Cronograma de implantación:

- Se mantuvieron dos reuniones con el Sº de Oftalmología HRV/HNSG del que es responsable el Dr. Luis Pablo Julve, Jefe de Servicio de Oftalmología del HUMS. El 10 de abril de 2018 fue la primera y la segunda el 5 de junio del mismo año. Se analizaron datos de interconsultas desde AP con especial interés en las derivaciones con diagnóstico de "disminución de agudeza visual", llamando la atención que suponían más del 30% de las interconsultas generadas desde A.P. Esto sumado a la excesiva demora en consultas externas de oftalmología, nos llevó a plantear la conveniencia de crear una consulta de agudeza visual atendida por un optometrista en el CME Grande Covián con el objetivo de ser resolutivo.
- Asimismo, la Dra. Pilar Calvo (oftalmóloga de referencia para lectura de retinografías del Sector I) mantuvo dos reuniones con los tres lectores de atención primaria a lo largo del primer semestre de 2018 y donde se consensuaron criterios de actuación, circuitos de derivación y mejoras en la lectura del fondo de ojo.
- Se implantó la digitalización de las imágenes de fondo de ojo a través de la plataforma Dicom. Dichas pruebas ya quedaban registradas en HCE.
- Se establecieron agendas propias para cada uno de los lectores en AP, dándoles el formato de agendas monográficas.
- Se incrementan los huecos de agenda de la retinografista para alcanzar las 90 retinografías a la semana.
- En diciembre de 2018 se inició el programa de cribado de retinopatía diabética en el Sector I para la población de Actur Oeste y A. Sur. Está prevista la incorporación paulatina de más centros de salud del Sector I a lo largo del año 2019 .

2. Plan de comunicación:

- En los centros de salud donde se ha implantado el cribado de Retinopatía Diabética se ha llevado a cabo la presentación del proyecto en formato de sesión para todos los profesionales del equipo.
- Se informa a todos los Servicios de Admisión de Atención Primaria de las modificaciones en los circuitos de asignación de citas para retinografía, así como se decide que el envío de cartas con el resultado de la prueba al paciente (tanto captado por cribado como oportunista) las realicen desde las Admisiones de los centros donde trabajan los lectores (A.Sur, A. Oeste y A. Norte)
- Durante su implantación se ha modificado la edad de inclusión. Ya no es motivo de exclusión la edad por encima de 80 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- No ha sido posible implementar la Interconsulta virtual de Oftalmología debido a la diferencia de criterios de ambas partes. Nos hemos emplazado a 2019 para acercar posturas.
- La contratación de un Optometrista no ha recibido el visto bueno de RRHH.
- Se ha difundido el documento de consenso.
- Se ha puesto en marcha la lectura de Retinografías a través de la plataforma Dicom.
- Las imágenes de fondo de ojo, así como el informe de la lectura tanto de primaria como de Oftalmología quedan registradas en la HCE y el OMI-AP.
- Se han creado agendas monográficas para los lectores de retinografía en OMI-AP.
- Se ha iniciado el cribado de Retinopatía Diabética en los Centros de Salud de Actur Oeste y Actur Sur.
- El resultado de la lectura con la indicación de próxima Retinografía se remite a cada usuario por correo postal a su domicilio.
- La cobertura en retinografía en el Sector I a diciembre de 2018 fué del 33,40%. Si bien no hemos alcanzado el objetivo marcado del 38% (Aragón obtuvo el 36%), observamos un incremento de cobertura de más de 3 puntos porcentuales con respecto a cierre del año 2017, pasando del 30,60% al 33,40% como hemos apuntado anteriormente.
- Nos ha sido imposible obtener a fecha de elaboración de esta memoria, el indicador hospitalario de demora media

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha modificado el modelo de lectura de retinografía en el Sector I pasando a realizarse de forma digital. Se ha iniciado el programa de cribado de retinopatía diabética en 2 centros de salud, tal y como marcaba el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0071

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

objetivo. A fecha de cierre de esta memoria, se ha dado inicio en un tercer centro de salud (A. Norte) y se espera aumentar la cobertura a lo largo de 2019.

Nos planteamos dudas en la construcción del indicador de retinografía del cuadro de mandos de diabetes, ya que en el denominador se incluyen todos los diabéticos del sector, cuando pensamos que para evaluar el trabajo de atención primaria debería sesgarse el número de diabéticos con los criterios de exclusión que el propio programa de cribado establece.

Deberían consensuarse los criterios a la hora de establecer el plazo óptimo para la revisión de fondo de ojo con resultado normal, ya que según programa de cribado se marca en 2 años y según el documento "Estrategia en Diabetes de Aragón" lo recomienda en 3 años. Esto lleva a confusión entre muchos de nuestros profesionales.

La difusión en formato de sesión clínica se ha realizado en los centros donde se ha implementado el cribado : Actur Oeste y Actur Sur.

7. OBSERVACIONES.

La buena aceptación del proyecto así como su implementación tanto en HCE como en OMI-AP han servido para decidir hacerlo extensivo en 2019 a la mayoría de los centros de Salud del Sector.

Se plantea retomar la implantación de la IV en Oftalmología para el 2019.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/71 ===== ***

Nº de registro: 0071

Título
GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
MENDI METOLA CAROLINA, GALINDO CHICO MIGUEL, PABLO JULVEZ LUIS, GARUZ BELLIDO ROBERTO, GALVE ROYO EUGENIO, SISAMON MARCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los problemas oftalmológicos son una de las causas que generan más demanda asistencial en las consultas de AP con unas tasas elevadas tanto de incidencia como de prevalencia de las enfermedades oculares.
En nuestro Sector, del total de interconsultas emitidas desde AP a especializada, el 15% son derivaciones a Oftalmología y de este porcentaje es llamativo que el 33% se deriven con el CIAP de "Disminución de la Agudeza Visual".

La demora media en primeras consultas de oftalmología es elevada.
Por todo ello, es necesario mejorar los circuitos de continuidad asistencial de estos pacientes con la revisión de criterios clínicos consensuados

La cobertura de fondo de ojo en diabéticos tipo II en el año 2017 terminó por debajo de la media de Aragón. Es pertinente implementar un proyecto de captación activa de retinopatía diabética en nuestro Sector

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir los tiempos de respuesta en la atención del paciente.
Consensuar criterios de actuación entre AP y Hospitalaria.
Aumentar la cobertura de fondo de ojo en pacientes diabéticos tipo II.

MÉTODO
Elaborar un procedimiento donde se recoja el manejo óptimo de las patologías oftalmológicas más frecuentes, consensuando criterios de actuación entre AP y Hospitalaria y adecuándolos a las nuevas circunstancias. Esto conllevará implementar la Interconsulta Virtual con Oftalmología y ofertar a los profesionales de AP la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0071

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

derivación a una nueva consulta de optometría para determinados problemas visuales.
Aumentar la cobertura de retinografía en DM e implementar un programa de cribado.

INDICADORES

- Difusión del documento de consenso.....SI
- Implementar IV Oftalmología.....100% CS
- Cobertura Retinografía.....38%
- Cribado retinopatía diabética.....Al menos en 2 CS
- Agenda monográfica lectores de retinografía.....SI
- Demora media oftalmología 2018/Demora media oftalmología 2017<1
- Implementar interconsulta optometría....SI

DURACIÓN

Enero-Marzo: Documento de consenso y su difusión
Marzo-Abril: IV Oftalmología
Abril-Mayo: Consulta Optometría
Mayo-Diciembre: Cribado Retinopatía diabética

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0090

1. TÍTULO

PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE OSCAR NAVARRO VITALLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOLOSANA LASHERAS TERESA
SOLER COCHI PILAR
VITALLER SANCHO CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó la sesión informativa a los profesionales implicados en el proyecto el 30 de mayo. previamente durante el mes de abril y mayo se les presentó a todas los coordinadores, tanto médicos como de enfermería, este proyecto, animándolos a unirse a él. En algunos centros me desplazé yo para dar la formación en cuanto al uso del cuadro de mandos (Arrabal), en otros fueron las propias coordinadoras de enfermería las que realizaron sesiones sobre el uso del mismo, (Parque Goya, Actur Norte...). Para la mejora del programa de PCC, se realizaron sesiones en cada centro de salud del sector, realizadas por el equipo Directivo.
El 17 de septiembre se realizó una reunión con los eac del sector y otros enfermeros que trabajaban de forma habitual en el PAC de Actur Oeste, así como en Arrabal, para que nos informaran de la posibilidad de implantar la consulta de alta resolución en el PAC. No se llevo a cabo por diferentes problemas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto al aumento de las CNP en enfermería, en junio del 18 teníamos un 4%, partíamos del 1%, no teniendo datos más actuales en esta fecha.
En el pie diabético se ha alcanzado un 37,03%, pasando del 36 % que nos habíamos puesto como objetivo.
Concordancia-adherencia se ha alcanzado un 26,84%, no llegando al 31 que nos habíamos marcado
Captación Dependiente, hemos llegado al 5,15%, teníamos como objetivo el 7%.
No se ha puesto en marcha la captación del paciente sin cita por parte de enfermería.
En el PCC, se ha alcanzado el 40% de los pacientes incluidos en el programa, lejos del 80 que nos poníamos como objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En cuanto a los indicadores que queríamos mejorar, se ha conseguido esa mejora. Igual no tanto como creíamos, debido a la tardanza en poner en marcha el proyecto. Sí se ha conseguido acostunbrar al personal de enfermería a consultar y manejar el cuadro de mandos para vigilar sus resultados y mejorarlos.
la consulta de alta resolución nose pudo poner debido al RD que seguía sin ser modificado. Actualmente con la modificación del mismo se intentará retomar el proyecto, pero se prefriere cerrar este y abrir uno nuevo, ya que se produce cambios en el grupo de trabajo .
Se ha mejorado la cobertura de PCC.
Se ha mejorado el uso de la CNP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/90 ===== ***

Nº de registro: 0090

Título
PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP

Autores:
NAVARRO VITALLA OSCAR, TOLOSANA LASHERAS TERESA, SOLER COCHI PILAR, VITALLER SANCHO CONCHA, MORALES GREGORIO MARIA JESUS

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: todas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0090

1. TÍTULO

PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los centros de atención primaria deben proporcionar atención a aquellos pacientes que requieren ser visitados el mismo día porque no les es posible esperar una cita programada con su médico habitual. Esta atención podría ser prestada por el personal de enfermería de los EAP, solucionando los procesos leves. Así se propone que las consultas de enfermería se atiendan a los pacientes que vienen sin cita a los centros de salud. Evitando las demoras en medicina.

También se busca realizar una captación activa de los pacientes crónicos y del seguimiento de los mismos. Para ello proponemos potenciar la CNP de enfermería.

Tras el análisis de la población de este sector, se detecta un elevado número de pacientes CC (3%), y además un gran número de ellos están institucionalizados en residencias, que no disponen de personal sanitario propio y que dependen de los profesionales de los Centros de Salud.

También hemos analizado los resultados de seguimiento de las patologías crónicas en el CUADRO DE MANDOS (diabetes e indicadores del AGC) y queremos potenciar su uso.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la cobertura en Crónicos.
Potenciar la coordinación entre medicina y enfermería en el manejo del PCC.
Captación y seguimiento de los crónicos mediante la CNP de enfermería.
Protocolizar la atención en la c. de enfermería de los pacientes sin cita.

MÉTODO

Se realizará una sesión de presentación del proyecto a las Coordinadoras de enfermería. Proponiéndoles en esa reunión el salir 3 o más EAP como pilotos de los demás.

En esta sesión se propondrá la modificación de las agendas de enfermería de los centros.

También se realizará unas sesiones previas con el personal de enfermería de los centros en los que se va a pilotar el proyecto, para explicárselo.

Se realizarán sesiones de registro de indicadores del CM Diabetes y CM de ACG en los centros de Salud

INDICADORES

Número de CNP de enfermería, alcanzar el 10%.
Pie diabético, alcanzar el 36%.
Concordancia-adherencia en el polimedcado, 31 %.
Captación Dependiente, alcanzar el 7%.
Poner en marcha la captación del paciente sin cita por parte de enfermería. (Si/No).
Protocolo acogida del PCC, alcanzar el 80% de los pacientes incluidos en el programa.
La evaluación se realizará con los datos del CM de Diabetes y de ACG

DURACIÓN

Las sesiones y formación se realizarán a lo largo del primer semestre del 2018, es un proyecto de continuación, se mantendrá en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0092

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE OSCAR NAVARRO VITALLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALINDO CHICO MIGUEL
SOLER ABADIAS ROSA MARIA
ROYAN MORENO PILAR
SANJUAN SARALEGUI MARIA
CAVERO NAGORE MATILDE
CLARES PUNCEL MARIA TERESA
LOPEZ ESTEBAN MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constituido el grupo de trabajo de enfermeras y médicos, se redactó el protocolo de actuación del proyecto con las guías clínicas por procesos agudos. Antes de presentarlo a los profesionales y coordinadores se presentó a los jefes de admisión de los 4 centros implicados el proyecto, así como las modificaciones en las agendas que tenían que preparar, con unas guías sencillas para que los administrativos que estuvieran en el centro supieran como desarrollar su actividad. A continuación se presentó a los coordinadores médicos y de enfermería de los centros implicados. También se realizó una reunión previa con el grupo de trabajo y con profesionales de enfermería sustitutos y eac que habitualmente realizaban estas labores en los centros, para escuchar sus dudas y poner fecha de comienzo el 1 de junio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido la creación de la CEAR en los 4 centros, del protocolo y de las guías de patologías leves. 100% Puesta en marcha del proyecto e los 4 centros, se pedía el 50 %.
Porcentaje de pacientes atendidos en la CEAR, se bajo al 40 %, porque la primera cifra se vio que era imposible. Se alcanzó el 42,70%.
Porcentaje de pacientes atendidos por enfermería que no han necesitado pasar por el médico, se pedía un 30%, se ha conseguido 47,48%
El número de reclamaciones generadas desde la implantación del proyecto han sido 2, concentradas en los días de las fiestas de Navidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general la valoración del proyecto ha sido positivo. Con los datos en la mano. Hay que puntualizar que nos hemos encontrado con problemas que nos ayudarán a pulir los errores cometidos. de los 4 centros implicados dos después del verano (septiembre) decidieron por su cuenta dejar de hacer este proyecto. también hemos sacado la conclusión de hacerlo en el PAC, ni en atención continuada. Es primordial la colaboración e implicación del servicio de admisión, ya que sin ello el proyecto muere antes de empezar, ya que la citación se realiza mal. También es importante el equipo enfermera-médico, la confianza entre ellos y el grado de confianza, ya que encontramos a profesionales que desconfiaban unos de otros.
Hay que instaurarlo en horario habitual de los centros (mañana y tarde). Exige una implicación de todos los profesionales del centro. En vista de los resultados es un proyecto que mejorado y habiendo aprendido de nuestros errores lo seguiremos trabajando e instaurando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/92 ===== ***

Nº de registro: 0092

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

Autores:
NAVARRO VITALLA OSCAR, GALINDO CHICO MIGUEL, SOLER ABADIAS ROSA MARIA, ROYAN MORENO PILAR, SANJUAN SARALEGUI, CAVERO NAGORE MATILDE, CLARES PUNCEL MARIA TERESA, LOPEZ ESTEBAN MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0092

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCION (CEAR)

Otro Tipo Patología: todo tipo de patologia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los Equipos de Atención Primaria son considerados la puerta de entrada y los principales proveedores de servicios del Sistema Sanitario. Existen posibilidades de mejora en diversos aspectos de la asistencia que presta la Atención Primaria. La demora en la atención, la excesiva burocratización, la medicalización de muchos procesos y el fomento de la excesiva dependencia del Sistema Sanitario son problemas frecuentes en los Centros de Salud. Por ello es lógico pensar en estrategias organizativas y plantear nuevas propuestas asistenciales, para mejorar la eficiencia del Sistema y buscar el máximo desarrollo y potencialidad de cada uno de los profesionales, que sin duda mejorarán la calidad de la atención a los usuarios. Este documento pretende exponer la problemática existente en los centros de salud del Sector Zaragoza I por el constante incremento de la demanda indomable y/o urgente y se marca como objetivo poner en valor la labor de enfermería mediante una nueva organización del trabajo que les permita recibir a los pacientes que precisan atención preferente y que no disponen de cita con su médico, realizándoles una "valoración enfermería", decidiendo sobre su proceso asistencial, con los recursos disponibles, y resolviendo la consulta de manera autónoma y finalista sin tener que derivar al médico si así lo considerase. Esto supondrá la creación de la Consulta de Enfermería de Alta Resolución (CEAR).

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de CEAR
Protocolizar la atención en la c. de enfermería de los pacientes sin cita.
Empoderar a la enfermería de cara a la sociedad, siendo reconocida socialmente en su papel y el liderazgo en la prevención y educación sanitaria.

MÉTODO

Formación de un grupo de trabajo compuesto por médicos (4) y enfermeras (5-6).
Elaboración de guías de intervenciones de enfermería, que sirvan de apoyo para los profesionales.
Adaptación de las agendas de MF y Enfermería.
Implantación del proyecto en la agenda de AC de los Centros: Arrabal, Actur Sur, Picarral y PAC Actur Oeste.
Valoración de resultados a los 2-3 meses de su puesta en marcha. Y en función de los resultados se extenderá a más centros y en todos los horarios.

INDICADORES

Conocer el protocolo en los Equipos de implantación: 100%.
Puesta en marcha de la CEAR, en al menos 2 centros :50% de los centros elegidos.
Porcentajes de pacientes indomables atendidos en la CEAR.60%
Porcentaje de pacientes atendidos en la CARE, que se les ha resuelto el problema.30%
Valorar el número de reclamaciones en función de la implantación de la CEAR.

DURACIÓN

Constitución y reunión del grupo de trabajo enero. (25/01/2019).
Creación de las agendas de medicina y enfermería. (febrero)
Elaboración de las guías en marzo.
Pilotaje en AC en el primer trimestre del 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0404

1. TÍTULO

DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I

Fecha de entrada: 20/12/2019

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.
GARUZ BELLIDO ROBERTO
CARRERA NOGUERO ANA MARIA
PUIG GARCIA CARMEN
FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS
ABADIA TAIRA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Tras la presentación y codificación del proyecto a través de la plataforma de calidad (abril 2019), se iniciaron los trámites pertinentes para, en primer lugar, poder adquirir los recursos materiales, en este caso dermatoscopios de luz polarizada, necesarios para conseguir no solo uno de los objetivos del proyecto, sino como condición imprescindible a la hora de la consecución del resto de metas. Para ello, y ante la falta de presupuesto propio, se consiguió el mecenazgo de una empresa farmacéutica, que con el apoyo del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón) como fundación, y presentándolo como proyecto de innovación dentro de la Atención Primaria del Sector I, culminó el 26 de julio de 2019 con la firma de un convenio de colaboración entre ambas entidades. Esto nos facilitó obtener los fondos necesarios para poder adquirir 7 dermatoscopios de luz polarizada con cámara incorporada, pensando en la futura puesta en marcha de la tele dermatología en el Sector.
- Desde el principio, se contó con la participación del Sº de dermatología del H. Royo Villanova a través de su Jefe de Servicio, manteniendo varias reuniones con él. Nos orientaron en el tipo y características técnicas que debían reunir los dermatoscopios a adquirir, pensando no solo en la calidad de la imagen sino también en su funcionalidad a la hora de facilitar en un futuro la migración de las mismas a HCE y permitir el desarrollo de la tele dermatología en el Sector. Asimismo, encontramos la colaboración necesaria para impartir la formación en el uso de los mismos.
- El 4, 5 y 6 de noviembre de 2019 se realizó la primera edición de la oferta en formación en dermatología a través del uso del dermatoscopio. Curso de casi 10 horas de duración, eminentemente práctico e impartido por el Dr. Victor Manuel Alcalde Herrero (F.E.A. del Sº de dermatología del HRV). El 22 y 26 de noviembre y ante el interés suscitado entre los profesionales médicos de atención primaria del Sector I, se impartió una segunda edición de formación en dermatoscopia en tumores cutáneos, esta vez impartida por el Dr. Jose Luis Cañada Millán y el Dr. Jaime Bona García (Médicos de Familia de los Sectores Sanitarios II y III). Curso de 10 horas de duración y como el anterior, muy práctico. Está prevista una nueva edición del curso para el primer trimestre del año 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Las dos ediciones de formación consiguieron reunir a 45 médicos y pediatras de atención primaria de la mayoría de centros de salud del Sector I e iniciarles en el uso del dermatoscopio. Con ello, se ha conseguido que el 30% de los facultativos de atención primaria del Sector I hayan recibido un primer curso de capacitación en la práctica de la dermatoscopia, además de haber difundido esta formación a profesionales de 11 de los 13 centros del Sector. No hubo solicitudes ni desde Luna ni desde Villamayor. Las encuestas de satisfacción de ambos cursos superaron el 9.
- Se consigue dotar a más de la mitad de centros de salud de dermatoscopios con cámara incorporada. Al haber menos dermatoscopios que centros formados, la Dirección de Atención Primaria se ha visto obligada a priorizar su asignación de acuerdo a criterios de ruralidad-lejanía, población, prevalencia e incidencia de lesiones malignas, número de profesionales del centro formados y si es un centro acreditado para la docencia o no. Se comunica en diciembre que los centros de salud seleccionados para su asignación son: Actur Norte, Actur Oeste, Arrabal, Picarral, La Jota, Santa Isabel y Alfajarín. Queda pendiente la entrega de los aparatos a los respectivos centros de salud, que se realizará en enero de 2020 para que empiecen a utilizarlos.
- En diciembre de 2019 se mantiene reunión con el Jefe de Servicio de dermatología, informándole de qué profesionales y centros se han formado. Se decide dar comienzo con la tele dermatología, iniciando un pilotaje en La Jota, Actur Oeste y Alfajarín para el primer trimestre del año 2020. Esperando que la experiencia sea positiva, se ampliará a los 4 centros restantes antes del periodo estival.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- A pesar de no contar con presupuesto propio, se han podido adquirir 7 dermatoscopios a través de un convenio de colaboración entre la Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón y la industria farmacéutica. Para ello, tuvimos que desarrollar un proyecto de innovación que incluyera la implementación de la tele dermatología en el Sector I.
- La difusión y posterior realización de dos cursos de formación fue altamente positiva, con un interés por parte de los facultativos elevada, lo que ha llevado a preparar una tercera edición para el 2020. Tal como hemos reflejado con anterioridad, el 30% de los médicos y pediatras de atención primaria del sector I han superado estos cursos y por ello están capacitados para iniciarse en el uso del dermatoscopio como herramienta fundamental en el diagnóstico de lesiones dermatológicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0404

1. TÍTULO

DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I

Se consigue sobradamente el objetivo planteado en el proyecto de al menos una sesión formativa.

- Los indicadores de calidad propuestos en el proyecto, debido a que todos los trámites de las actividades anteriores se dilataron en el tiempo y hasta diciembre no pudimos contar con los dermatoscopios, además de que el calendario de formación también terminó tarde, no reúnen las condiciones para su evaluación durante el año 2019. Por tanto, será a lo largo del año 2020 cuando se lleve a cabo el seguimiento y medición de esta parte esencial del proyecto.

Impacto del Proyecto:

- Hemos conseguido introducir con éxito la formación en el uso del dermatoscopio en atención primaria en este Sector y poder dotar a muchos de nuestros centros de las herramientas necesarias.
- Debido a la buena acogida por parte no solo de los profesionales de atención primaria sino también por parte de los especialistas en dermatología, se ha decidido introducir la teledermatología en el Sector I, teniendo prevista su implementación a lo largo del primer trimestre de 2020.

Sostenibilidad y capacidad de extensión:

- En 2019 no se da por cerrado el proyecto y tendrá su continuidad en el año 2020 como proyecto de mejora en el próximo Contrato Programa.
- Se evaluarán los mismos indicadores del proyecto inicial en aquellos centros que cuenten con dermatoscopio.
- Se propondrá a la Dirección de Atención Primaria que para el año 2020 todos los Equipos de Atención Primaria del Sector I puedan contar con esta herramienta. De esta manera y de forma progresiva, introducir la teledermatología en todas las Zonas Básicas de Salud del Sector, dando cobertura a la totalidad de la población.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/404 ===== ***

Nº de registro: 0404

Título
DERMATOLOGIA EN ATENCION PRIMARIA. IMPLEMENTACION DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
GALINDO CHICO MIGUEL, GARUZ BELLIDO ROBERTO, CARRERA NOGUERO ANA MARIA, PUIG GARCIA CARMEN, FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS, ABADIA TAIRA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los problemas dermatológicos son una de las causas que generan más demanda asistencial en las consultas de AP con unas tasas elevadas tanto de incidencia como de prevalencia. Según índice EDC se encuentra entre las 10 primeras patologías en tasa/1000 habitantes.
Es preciso el diagnóstico precoz desde A.P. de las lesiones premalignas y/o malignas.
Se hace de vital importancia poder discriminar el tipo de lesiones tumorales susceptibles de derivación a dermatología, ya que la tasa de interconsultas es alta y las demoras en esta especialidad son elevadas. En nuestro Sector es la segunda especialidad, después de oftalmología, con más interconsultas desde A.P. Datos 2017: 9.866 interconsultas. Datos 2018: 9.534 interconsultas.
La prevalencia de lesiones tipificadas como pigmentadas malignas en diciembre de 2018 en el Sector I era del 1,26% con 2.536 episodios activos, de los cuales 392 fueron diagnosticados a lo largo de 2018.
En nuestro Sector, los profesionales sanitarios no cuentan con las herramientas adecuadas para el correcto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0404

1. TÍTULO

DERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPLEMENTACIÓN DEL USO DEL DERMATOSCOPIO EN LOS E.A.P. DEL SECTOR I

diagnóstico de las lesiones dermatológicas. No hay dermatoscopios y es pertinente la adquisición de estos aparatos y la formación en su uso de los facultativos médicos.

En un futuro, y no siendo el propósito de este proyecto, será necesario implementar herramientas de telemedicina entre A.P. y Dermatología.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir los tiempos de respuesta en la atención del paciente.

Consensuar criterios para un diagnóstico precoz de la patología dermatológica maligna.

Dotar de dermatoscopios a los centros de salud.

Capacitar a los profesionales en el uso del dermatoscopio.

Con todo ello se esperan disminuir las interconsultas con dermatología al facilitar al médico de AP las herramientas necesarias para un diagnóstico diferencial más preciso de las lesiones tumorales dermatológicas benignas/malignas.

MÉTODO

Dotar a los equipos de atención primaria de herramientas de diagnóstico (dermatoscopios).

Elaborar un procedimiento donde se recoja el manejo óptimo de las patologías dermatológicas más frecuentes, consensuando criterios de actuación en AP y adecuándolos a las nuevas circunstancias.

Desarrollar actividades formativas tanto para su difusión como para la capacitación en el uso del dermatoscopio entre los facultativos médicos, priorizando al menos la presencia de un profesional por cada centro de salud.

INDICADORES

- Realización de acciones formativas orientadas al diagnóstico clínico de patología tumoral dermatológica y al uso del dermatoscopio. Al menos una edición acreditada en 2019 y abierta a todos los profesionales médicos de AP.

- Disminuir las derivaciones a dermatología asociadas a CIAPs de lesiones pigmentadas (S77, S79, S80, S81 y S82).

- Seguimiento de casos. ¿Sería previsible un aumento en el diagnóstico de lesiones malignas tipificadas en OMI por el CIAP S77? Sirva este proyecto de mejora para valorar el impacto del uso del dermatoscopio en A.P.

DURACIÓN

Enero-Marzo: Documento de consenso y su difusión

Abril-Junio: Talleres formativos.

Junio-Diciembre: Seguimiento del impacto de la medida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0045

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE CARLOS CLERENCIA CASORRRAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ BARAZA CRISTINA
FIGUERAS ARA MARIA CARMEN
ROBLES CARRASCO ASUNCION
LOPEZ PEIRONA BARBARA
LLANOS CASADO MARGARITA
MORALES GREGORIO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

estructural
.- transformación de instrucción en Procedimiento Operativo (PO_08
.- constitución de grupo específico de trabajo para la redacción del PO
.- actualización de contenidos, fármacos, y dispositivos
.- incorporación actualización de stocks, gestión de suministros y distribución centralizada
.- Publicación del Documento

Formación

.- plan de formación orientado a la revisión, actualización, mejora de la competencia y habilitación de los profesionales sanitarios en la urgencia vital y los nuevos dispositivos incorporados en carros de paradas y maletines de urgencias, 3 ediciones

evaluación/Auditoria

4 centros realizados: Parque Goya/ Actur Norte / Actur Sur / Santa Isabel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador1: Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas.

Realizado (PO-08_Z1(P)E_REVISIÓN Y MANTENIMIENTO CARRO DE PARADA y MALETÍN DE URGENCIA_revisado_19_02_19_vOpO)

Indicador2: Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias Indicador: No realizado

3: Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital en la Sala de Urgencias Indicador

3: Talleres de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital

3	Z1-0335/2018	AP	Taller de Circuito de Activación del sistema de urgencias extrahospitalarias y gestión de carro de paradas	LS: Licenciado Sanitarios	DS: Diplomados Sanitarios
			20 y 21 de junio		
4	Z1-0489/2018	AP	Taller de Circuito de Activación del sistema de urgencias extrahospitalarias y gestión de carro de paradas	LS: Licenciado Sanitarios	DS: Diplomados Sanitarios
			27 y 28 de septiembre		
5	Z1-0784/2018	AP	Taller de Circuito de Activación del sistema de urgencias extrahospitalarias y gestión de carro de paradas	LS: Licenciado Sanitarios	DS: Diplomados Sanitarios
			15 y 16 de noviembre		

75 profesionales formados del sector

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actividad compleja y extensa con un relevante impacto en los raps. Renovación de procedimientos, dispositivos y medicamentos, en eqps donde en la mayor parte de los casos no existe Carro De Paradas ad-hoc y los maletines de urgencias son de en algunos casos no apropiados para el manejo adecuado de materiales y contenidos

7. OBSERVACIONES.

La adquisición de carros y maletines adecuados así como la supervisión fuerte y permanente por enfermería dedicada sería el éxito definitivo

*** ===== Resumen del proyecto 2018/45 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0045

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD

Nº de registro: 0045

Título
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
CLERENCIA CASORRAN CARLOS, GOMEZ BARAZA CRISTINA, LABARTA MANCHO CARMEN, FIGUERAS ARA MARIA CARMEN, ROBLES CARRASCO ASUNCION, LOPEZ PEIRONA BARBARA, LLANOS CASADO MARGARITA, MORALES GREGORIO MARIA JESUS

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: Urgencia Vital
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las últimas modificaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resuscitation Council (ERC) en relación con el Soporte Vital Básico recomiendan revisar y actualizar el documento que establece las instrucciones y el procedimiento para la gestión, identificación de contenidos y plan de mantenimiento del Carro de Paradas (Urgencia Vital) y Maletín de Urgencias de todos los Centros de Salud de Sector.

RESULTADOS ESPERADOS
.- Revisión y actualización de la Instrucción vigente de Gestión de Carro de Paradas y Maletín de Urgencia y su conversión en Procedimiento Operativo.
.- Publicación y difusión del documento en los Centros de Salud del Sector.
.- Habilitar a los PPSS para la adecuada gestión del material que integra el carro de paradas del EAP.
.- Dotar de los conocimientos necesarios y capacitar a los PPSS de los Centros de Salud del Sector para la actuación idónea en cada situación de la atención urgente y la utilización eficaz de los recursos en la urgencia vital.
.- Mejorar la efectividad y evitar la variabilidad de actuación en la Urgencia Vital de los PPSS de los Centros de Salud del Sector

MÉTODO
.- Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas.
.- Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias.
.- Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital
.- Publicación y difusión de Procedimiento Operativo en la Intranet de AP de Sector1 para los EAPs del Sector
.- Plan de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital.

INDICADORES
Indicador1: Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas.
Indicador2: Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias
Indicador3: Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital en la Sala de Urgencias
Indicador3: Talleres de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital

DURACIÓN
.- Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas. _1º trimestre 2018
.- Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias_1º trimestre 2018
Indicador3: Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital en la Sala de Urgencias_1º Semestre 2018
Indicador3: Talleres de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital_1º Semestre 2018

OBSERVACIONES
Otros componentes del equipo de trabajo y grupo de Revisión del Protocolo participantes en el Proyecto :
Viñas Viamonte, Carmen; Enfermera de AP; CS Actur Norte; (cvinnas@salud.aragon.es)
Royan Moreno, Pilar; Enfermera de AP; CS Actur Sur; (proyan@salud.aragon.es)
Lostal Gracia, Isabel; Pediatra; CS Actur Oeste; (milostal@salud.aragon.es)
Navarro Vitalla, Oscar; Enfermero; Dirección de Enfermería AP, S1 Zaragoza; (onavarro@salud.aragon.es)

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0045

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

Fecha de entrada: 27/09/2016

2. RESPONSABLE CARMEN LABARTA MANCHO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PINA GADEA MARIA BELEN
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
ALONSO LOPEZ CRISTINA
GRACIA MOLINA MARIA JOSE
SARSA GOMEZ ANA MARIA
PEMAN MUÑOZ MARIA TERESA
GONZALEZ RUBIO FRANCISCA
PINILLA LAFUENTE MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan dos reuniones de las 3 farmacéuticas de atención primaria (FAP) del equipo de mejora para trabajar en la actualización según la publicación de 2014 del listado de criterios STOPP que estaba incluido en el formulario del anciano polimedificado:

- 1ª reunión: Se hace la traducción de los criterios y se elabora una recomendación breve que será la que aparezca en el formulario (21 abril, martes, 8:30 - 15:00)
- 2ª reunión: Se establece la relación de cada criterio STOPP-2014 con aquellos códigos ATC de los medicamentos a los que afecta (7 mayo, jueves, 8:30 - 15:00)

Se envía por correo electrónico esta información elaborada junto con el artículo original de los criterios STOPP y un artículo de revisión sobre este tema a los 6 médicos de familia del equipo de mejora, para facilitar el trabajo individual antes de la reunión del equipo para su discusión.

Se realiza una reunión de todos los miembros del equipo de mejora (3 farmacéuticas de atención primaria y 6 médicos de familia) para consensuar las recomendaciones en lenguaje sencillo y directo de forma que resulte más útil y práctico para la revisión de la medicación por los médicos de atención primaria (21 mayo, jueves, 11:00 - 16:00). Todos los miembros del equipo de mejora pertenecen a los sectores Zaragoza 1, Zaragoza 2 y Zaragoza 3.

Ultima reunión de trabajo de las farmacéuticas de atención primaria para traspasar la información recopilada en la reunión anterior al formato de fichero informático apropiado para su integración en la base de datos con la que se elabora el formulario del anciano polimedificado (26 mayo, jueves, 11:00 - 15:00).

Se remite el fichero con la actualización de las recomendaciones STOPP a las farmacéuticas de AP de todos los sectores de Aragón (junio 2015) para su inclusión en los formularios de pacientes ancianos polimedificados que se remiten periódicamente a los facultativos de AP de todo Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha actualizado el listado de recomendaciones basadas en los criterios STOPP del año 2014, sustituyendo a la versión anterior de 2008.

- Porcentaje de criterios STOPP revisados y adaptados según la versión 2:
- Criterios revisados: 81 criterios (100%)
- Criterios adaptados para incluir en el formulario: 74 criterios (91,4%).

No se incluyen los tres criterios generales que hacen referencia a la indicación de la prescripción (la indicación no se valora automáticamente en el formulario) y se excluyen 4 criterios específicos a propuesta del equipo de mejora, siendo uno de ellos el "Uso concomitante de dos o más fármacos anticolinérgicos", aspecto que se incluye en el formulario del anciano polimedificado a través de la adaptación de la escala de riesgo anticolinérgico ACB.

- Se traslada esta información a todos los sectores sanitarios de forma que se consigue que el 100% de los formularios del anciano polimedificado que se envían periódicamente a los facultativos de AP de todo Aragón se elaboren con los criterios adaptados a la versión de 2014.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

- Se han adaptado los criterios STOPP publicados en 2014, para su inclusión en el formulario del paciente anciano polimedificado, que constituye una de las herramientas fundamentales del "Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedificado", publicado por el Servicio Aragonés de Salud en noviembre de 2012. Las anteriores recomendaciones eran de 2008.
- La actualización de las recomendaciones ofrecidas en el formulario del anciano polimedificado se considera imprescindible para mantener su vigencia.

Recomendaciones:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

- Para un mayor aprovechamiento de este recurso sería imprescindible que los profesionales pudieran acceder on-line a los formularios actualizados desde su propia consulta y con una frecuencia mayor a la actual.
- Sería deseable mejorar las opciones de registro en OMI
- Consideramos que sería una utilidad importante explorar la posibilidad de incluir algunas de las recomendaciones adaptadas de los criterios STOPP en el programa de receta electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/462 ===== ***

Nº de Registro: 0462

Título
ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

Autores:
LABARTA MANCHO CARMEN, PINA GADEA MARIA BELEN, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, ALONSO LOPEZ CRISTINA, GRACIA MOLINA MARIA JOSE, SARSA GOMEZ ANA MARIA, PEMAN MUÑOZ MARIA TERESA, GONZALEZ RUBIO FRANCISCA, PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

PROBLEMA
En Noviembre de 2012 el Servicio Aragonés de Salud publicó el "Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedicado", con el fin de dotar a los profesionales sanitarios de herramientas que permitan la revisión estructurada y sistemática de los tratamientos farmacológicos, como medidas para mejorar la seguridad, la adherencia terapéutica, la efectividad y la eficiencia de la terapia farmacológica. Para facilitar la revisión clínica de la medicación se diseñó un formulario que recoge para cada paciente polimedicado los diagnósticos, y fármacos asociados junto con las recomendaciones de medicación inapropiada en los ancianos basadas en los criterios STOPP (publicados en 2008) y Beers (publicados en 2012). En octubre de 2014 se publicó la versión 2 de los criterios STOPP1. Se ha considerado necesario trasladar esta actualización a las recomendaciones incluidas en el formulario del programa.
1. O'Mahony D, O'Sullivan, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age and Ageing 2014; 0: 1-6. doi: 10.1093/ageing/afu145

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Traducir y adaptar los criterios STOPP publicados en 2014 para su inclusión en los formularios de pacientes ancianos polimeditados remitidos a los profesionales de atención primaria como herramienta facilitadora para la revisión clínica de la medicación.

MÉTODO
- Revisión del listado de criterios STOPP-2008 y actualización según la publicación de 2014.
- Relacionar cada criterio STOPP-2014 con los códigos ATC de los medicamentos afectados.
- Reuniones del Grupo de Mejora, con la participación de los médicos, para elaborar las recomendaciones en lenguaje sencillo y directo de forma que resulte más útil y práctico para la revisión de la medicación por los médicos de atención primaria.

INDICADORES
- Listado de criterios STOPP actualizado según la versión 2.
- Porcentaje de criterios STOPP revisados y adaptados según la versión 2.
- Porcentaje de formularios de polimeditados con los criterios adaptados a la versión 2

DURACIÓN
Duración prevista: Un año

- Fecha de inicio: Enero 2015
- Búsqueda bibliográfica: Febrero 2015
- Traducción y adaptación de los criterios: Marzo-Mayo 2015
- Revisión de los códigos ATC afectados por los criterios: Mayo 2015
- Inclusión de los criterios en el formulario del anciano polimeditado: Junio 2015
- Adaptación del formulario en función de las sugerencias de los profesionales recogidas en el grupo de trabajo: Junio-Diciembre 2015.
- Reuniones del grupo de trabajo: Enero-Diciembre 2015

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

OBSERVACIONES

El grupo de trabajo está constituido por médicos de familia y farmacéuticos de Atención Primaria de los sectores sanitarios de Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1749

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0595

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, consensuado 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 - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

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
OLIVAR DUPLA TERESA
RUBIO ORGA ELENA
TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS
ARGUEDAS GIL MARIA TERESA
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo tiene dos palés con las radiografías a destruir.
2. En la Unidad de Archivos colocamos cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla ha trabajado su parte del archivo, expurgo y colocación.
4. Incluimos el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
 - Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio. Los sobres de historias han bajado de peso considerablemente.
- Se ha realizado el total del expurgo, falta contabilizarlo. Entre los dos Hospitales de Sector I hemos sacado aproximadamente 2000 kg de radiografías digitales y 1000 kg de analógicas, hay que sumar lo que tienen en el pasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha sido muy positivo, la plantilla estaba muy motivada porque había un beneficio directo en su trabajo diario. Las radiografías que han quedado en las historias, procedentes de Seguros Privados se podrán expurgar cuando cumplan los requisitos de antigüedad correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/36 ===== ***

Nº de registro: 0036

Título
EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Autores:
BLASCO JIMENEZ ANTONIO, ROYO MOYA MIGUEL, OLIVAR DUPLA TERESA, RUBIO ORGA ELENA, TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS, LAZARO ARIÑO CARMEN, ARGUEDAS GIL MARIA TERESA, LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

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 ..: Otras
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos: ESPECÍFICO DE LA UNIDAD

Enfoque:-----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

MÉTODO

1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.

2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.

3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..

4. Hemos incluido el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad.

5. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.

6. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

INDICADORES

- % HISTORIAS EXPURGADAS
- % ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

DURACIÓN

- INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
- FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
- INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
- FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0611

1. TÍTULO

AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 21/01/2020

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.
MANRIQUE PERMANYER JOSE MARIA
GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO
BAGUES MARCEN MARIA CARMEN
PEREZ BARRERO MANUELA
ORTEGA MORALES JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- SE HAN ESTUDIADO LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS Y BASES DE DATOS DE LAS MISMAS. IDENTIFICANDO LOS ITEMS A EXTRAER Y LOCALIZACIÓN DE LOS MISMOS EN LAS TABLAS DE LAS APLICACIONES.
-SE HAN VOLCADO DE DATOS EN "JASPERSOFT" Y DISEÑADO EL CUADERNO DE MANDO CON LOS RESULTADOS.
- HEMOS REALIZADO EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS EXTRAIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS (DEMORAS PROSPECTIVAS, DEMORAS MEDIAS, CÁLCULOS DE RENDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, ETC...)
-HEMOS COMPRABO LOS DATOS OBTENIDOS EN AMBAS CORRIGIENDO POSIBLES ERRORES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-LOS RESULTADOS HAN SIDO LA AUTOMATIZACIÓN DEL CUADERNO DE MANDO DEL HOSPITAL AL 97%.
-EL INDICADOR HA SIDO LA COMPROBACIÓN DE QUE LOS DATOS OBTENIDOS SON CORRECTOS COTEJÁNDOLOS CON LOS DISTINTOS SISTEMAS INFORMÁTICOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-LA FIABILIDAD DE LOS DATOS OBTENIDOS RONDA EL 97% POR LO QUE TODAVÍA SE REQUIEREN ALGUNOS AJUSTES QUE ESTAMOS REALIZANDO EN LA ACTUALIDAD.
-QUEDA PENDIENTE AFIANZAR EL PROYECTO PARA OBTENER EL 100% DE RESULTADOS FIABLES Y UNA VEZ HECHO ENSEÑAR A LOS JEFES DE SERVICIO SU FUNCIONAMIENTO PARA QUE PUEDAN ACCEDER A LOS RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD REALIZADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/611 ===== ***

Nº de registro: 0611

Título
AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA

Autores:
BLASCO JIMENEZ ANTONIO, MANRIQUE PERMANYER JOSE MARIA, GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO, BAGÜES MARCEN MARIA CARMEN, GIMENEZ CUELLO INES MARIA DEL MAR, PEREZ BARRERO MANUELA, ORTEGA MORALES JOSE MANUEL

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: SISTEMAS DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN LA ACTUALIDAD LA INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA SE OBTIENE DE MANERA MANUAL A TRAVÉS DE LISTADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0611

1. TÍTULO

AUTOMATIZACION DE ESTADISTICAS DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA

QUE SE EXTRAEN DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE INFORMACIÓN (HIS, ORACLE, INDRA, ETC...) TRAS LA EXPLOTACIÓN DE ESTOS DATOS SE HACE UNA RECOPIACIÓN MANUAL Y SE TRASLADAN A UNA HOJA DE CÁLCULO (EXCELL). POSTERIORMENTE SE REMITE A LOS SERVICIOS DICHA HOJA PARA QUE CONOZCAN LA ACTIVIDAD REALIZADA A LO LARGO DEL MES O PERIODO SOLICITADO.

ESTA INFORMACIÓN (INGRESOS, NÚMERO DE INTERVENCIONES, DEMORAS QUIRÚRGICAS O DE CONSULTAS EXTERNAS, ETC...) PERMITE PLANIFICAR LA ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS.

ESTE PROCEDIMIENTO UTILIZADO (EXPLOTACIÓN MANUAL) DA LUGAR FRECUENTEMENTE A LA GENERACIÓN DE ERRORES QUE NO SE DETECTAN, LO QUE CONLLEVA LA MALA CALIDAD DE LOS DATOS QUE PUEDEN INDUCIR A UNA MALA PLANIFICACIÓN POR PARTE DE LOS SERVICIOS.

RESULTADOS ESPERADOS

SE PRETENDE QUE DE MANERA AUTOMATIZADA LOS DATOS SE OBTENGAN DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE INFORMACIÓN. EL OBJETIVO ES CONFIGURAR UN CUADRO DE MANDO INFORMATIZADO EN EL QUE SE EVITEN LOS ERRORES DE TRASCIPCIÓN MANUAL Y AGILIZE EL PROCESO.

MÉTODO

- RECOPIAR CON INFORMÁTICA TODAS LAS APLICACIONES DE LOS QUE SE EXTRÁE LA INFORMACIÓN NECESARIA.
- IDENTIFICAR EN DICHAS APLICACIONES LAS TABLAS DONDE APARECEN LOS DATOS A EXTRAER.
- RECOPIAR A TRAVES DE "JASPERSOFT" DICHA INFORMACIÓN Y ADAPATARLA A LAS NECESIDADES DE UN CUADRO DE MANDO.
- COMPROBAR QUE LA INFORMACIÓN TRASPASADA CORRESPONDE A LAS NECESIDADES Y CONTRASTAR DICHS DATOS.
- OFRECER A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EL ACCESO A LA APLICACIÓN PARA PODER EXTRAER LOS DATOS DE CUALQUIER RANGO DE FECHA Y EN CUALQUIER MOMENTO.

INDICADORES

- LA MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO SE REALIZARÁN CONTRASTANDO LOS DATOS DE LAS APLICACIONES (HIS, INDRA, ORACLE...) CON LOS DATOS QUE SE VUELQUEN EN EL NUEVO CUADERNO DE MANDO AUTOMATIZADO.

DURACIÓN

- 2º TRIMESTRE 2019. ESTUDIO DE APLICACIONES INFORMÁTICAS Y BASES DE DATOS DE LAS MISMAS.
- IDENTIFICACIÓN DE LOS ITEMS A EXTRAER Y LOCALIZACIÓN DE LOS MISMOS EN LAS TABLAS DE LAS APLICACIONES.
- 3º TRIMESTRE 2019. VOLCADO DE DATOS EN "JASPERSOFT" Y DISEÑO DEL CUADERNO DE MANDO CON LOS RESULTADOS.
- TRATAMIENTO DE LOS DATOS EXTRAIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS (DEMORAS PROSPECTIVAS, DEMORAS MEDIAS, CÁLCULOS DE RENDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, ETC...)
- 4º TRIMESTRE 2019.
- DURANTE ESTE PERIODO CONVIVIRÁN LOS DOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y SE COTEJARÁN LOS DATOS OBTENIDOS EN AMBAS CORRIGIENDO POSIBLES ERRORES.
- INFORMAR A LOS SERVICIOS DE LA NUEVA EXPLOTACIÓN DE DATOS Y FORMACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE LOS MISMOS EN LA NUEVA APLICACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0612

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL PASCUAL ROYO MOYA
· 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.

LAZARO ARIÑO CARMEN
RUBIO ORGA ELENA
BLASCO JIMENEZ ANTONIO
LANGARITA DITO MARIA BELEN
VAL ESCUER ANGELES
LAFUENTE SANCHEZ MARIA
ACON GARCIA ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un primer estudio de los pacientes intervenidos de otros sectores, vimos que la documentación generada en las operaciones de Vasectomías era la más sencilla para comenzar con nuestro proyecto y que debíamos tratar los pacientes intervenidos en años anteriores, con lo cual, el indicador del 100% de pacientes quirúrgicos digitalizados no sería posible alcanzarlo por el alto volumen de trabajo. La Unidad de Codificación nos facilitó los listados de pacientes y digitalizamos todos los pacientes desde 2016 a 2018. Posteriormente, con listados de oftalmología/cataratas hicimos un muestreo de historias, con mayor complejidad, y establecimos un protocolo de actuación: tipos de documentos y orden de clasificación. Una vez hablado con el Jefe de Sección de Oftalmología decidimos digitalizar los pacientes intervenidos en 2016 y 2017. Por otra parte, en diciembre comenzamos a digitalizar la lista de espera de la Consulta de Traumatología, aportando la documentación a las Secretarías de Traumatología y Lista de Espera del Hospital Royo Villanova. En este caso, asumimos el 100% de la documentación recibida. Desde la Comisión de historias clínicas no han derivado ninguna prueba diagnóstica para digitalizar, con lo cual, hemos invertido todo nuestro tiempo en las intervenciones descritas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La documentación aportada por la Consulta de Traumatología se escanea el 100% con prioridad alta. Se han digitalizado 1.038 pacientes intervenidos de Vasectomías, el 100% de los años 2016 a 2018. Pacientes intervenidos de cataratas, a fecha de hoy se han digitalizado 247 historias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como recursos necesarios planteamos la adquisición de un escáner más rápido para conseguir mayores objetivos. En 2019 no ha llegado, esperamos su compra en 2020 para seguir desarrollando y ampliando este proyecto. Con la mayor implantación de la HCE, este tipo de acciones desde nuestro Servicio resultan muy positivas para la gestión de la documentación clínica de los pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/612 ===== ***

Nº de registro: 0612

Título
DIGITALIZACION DE PACIENTES QUIRURGICOS Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Autores:
ROYO MOYA MIGUEL PASCUAL, LAZARO ARIÑO CARMEN, RUBIO ORGA ELENA, OLIVAR DUPLA TERESA, TAIRA LACAMBRA MARIA
REMEDIOS, BLASCO JIMENEZ ANTONIO

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: no hay patología definida
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0612

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El avance en la historia electrónica nos hace plantear un proyecto en el que seamos partícipes directos, trabajando para seguir eliminando el papel de las historias, digitalizando pruebas y episodios que todavía no están en formato electrónico.

RESULTADOS ESPERADOS

Nos vamos a centrar en dos direcciones:

- * Pacientes Quirúrgicos: escanearemos la documentación generada en consultas externas de HNSG y estudiaremos el volumen de pacientes que operamos de otros sectores, sobre todo oftalmología / catarata, para empezar a digitalizar esos episodios.
- * Otras pruebas diagnósticas: digitalizaremos a demanda las pruebas diagnósticas que nos deriven desde la Comisión de Documentación.

MÉTODO

1. Hablar con las Consultas Externas que generan documentación quirúrgica, para explicar el proyecto que queremos desarrollar.
2. Trazabilidad con el Servicio de Admisión y Secretarías.
3. Informática: listados de pacientes intervenidos de otros sectores, evaluaremos la situación y nos marcaremos el objetivo para más adelante.
4. Comisión de Documentación: digitalizaremos pruebas diagnósticas que nos indiquen.

INDICADORES

- % PACIENTES QUIRÚRGICOS DE HNSG DIGITALIZADOS - 100%
- % OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS - 100%

DURACIÓN

- * Fecha Inicio: Marzo 2019:
 - Reunión con el Jefe de Grupo y de Unidad de Admisión.
 - Reunión con Consultas externas: envío de la documentación para escanear.
 - Reunión con Informática: petición de datos.
 - Digitalización de otras pruebas: a demanda
- * Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.
- * Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0612

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL PASCUAL ROYO MOYA
· 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.

LAZARO ARIÑO CARMEN
RUBIO ORGA ELENA
BLASCO JIMENEZ ANTONIO
LANGARITA DITO MARIA BELEN
VAL ESCUER ANGELES
LAFUENTE SANCHEZ MARIA
ACON GARCIA ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un primer estudio de los pacientes intervenidos de otros sectores, vimos que la documentación generada en las operaciones de Vasectomías era la más sencilla para comenzar con nuestro proyecto y que debíamos tratar los pacientes intervenidos en años anteriores, con lo cual, el indicador del 100% de pacientes quirúrgicos digitalizados no sería posible alcanzarlo por el alto volumen de trabajo. La Unidad de Codificación nos facilitó los listados de pacientes y digitalizamos todos los pacientes desde 2016 a 2018. Posteriormente, con listados de oftalmología/cataratas hicimos un muestreo de historias, con mayor complejidad, y establecimos un protocolo de actuación: tipos de documentos y orden de clasificación. Una vez hablado con el Jefe de Sección de Oftalmología decidimos digitalizar los pacientes intervenidos en 2016 y 2017. Por otra parte, en diciembre comenzamos a digitalizar la lista de espera de la Consulta de Traumatología, aportando la documentación a las Secretarías de Traumatología y Lista de Espera del Hospital Royo Villanova. En este caso, asumimos el 100% de la documentación recibida. Desde la Comisión de historias clínicas no han derivado ninguna prueba diagnóstica para digitalizar, con lo cual, hemos invertido todo nuestro tiempo en las intervenciones descritas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La documentación aportada por la Consulta de Traumatología se escanea el 100% con prioridad alta. Se han digitalizado 1.038 pacientes intervenidos de Vasectomías, el 100% de los años 2016 a 2018. Pacientes intervenidos de cataratas, a fecha de hoy se han digitalizado 247 historias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como recursos necesarios planteamos la adquisición de un escáner más rápido para conseguir mayores objetivos. En 2019 no ha llegado, esperamos su compra en 2020 para seguir desarrollando y ampliando este proyecto. Con la mayor implantación de la HCE, este tipo de acciones desde nuestro Servicio resultan muy positivas para la gestión de la documentación clínica de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/612 ===== ***

Nº de registro: 0612

Título
DIGITALIZACION DE PACIENTES QUIRURGICOS Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Autores:
ROYO MOYA MIGUEL PASCUAL, LAZARO ARIÑO CARMEN, RUBIO ORGA ELENA, OLIVAR DUPLA TERESA, TAIRA LACAMBRA MARIA
REMEDIOS, BLASCO JIMENEZ ANTONIO

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: no hay patología definida
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0612

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El avance en la historia electrónica nos hace plantear un proyecto en el que seamos partícipes directos, trabajando para seguir eliminando el papel de las historias, digitalizando pruebas y episodios que todavía no están en formato electrónico.

RESULTADOS ESPERADOS

Nos vamos a centrar en dos direcciones:

- * Pacientes Quirúrgicos: escanaremos la documentación generada en consultas externas de HNSG y estudiaremos el volumen de pacientes que operamos de otros sectores, sobre todo oftalmología / catarata, para empezar a digitalizar esos episodios.
- * Otras pruebas diagnósticas: digitalizaremos a demanda las pruebas diagnósticas que nos deriven desde la Comisión de Documentación.

MÉTODO

1. Hablar con las Consultas Externas que generan documentación quirúrgica, para explicar el proyecto que queremos desarrollar.
2. Trazabilidad con el Servicio de Admisión y Secretarías.
3. Informática: listados de pacientes intervenidos de otros sectores, evaluaremos la situación y nos marcaremos el objetivo para más adelante.
4. Comisión de Documentación: digitalizaremos pruebas diagnósticas que nos indiquen.

INDICADORES

- % PACIENTES QUIRÚRGICOS DE HNSG DIGITALIZADOS - 100%
- % OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS - 100%

DURACIÓN

- * Fecha Inicio: Marzo 2019:
 - Reunión con el Jefe de Grupo y de Unidad de Admisión.
 - Reunión con Consultas externas: envío de la documentación para escanear.
 - Reunión con Informática: petición de datos.
 - Digitalización de otras pruebas: a demanda
- * Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.
- * Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 - 2018/1418

1. TÍTULO

PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO LABORATORIO

Fecha de entrada: 26/02/2019

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.

MATEOS GOSENJE CRISTINA
VALERO RANDO ROSANA
PERMUY FONTAO JULIO
PITA GRANDAL BEATRIZ
BARDAJI CESTER CONSUELO
BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA
PEREZ CHUECA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han sido:

A.- Construir una base de datos atractiva con formato de aplicación, creando un servicio virtual, de tal forma que cuando se quiere consultar cualquier tipo de duda sobre el funcionamiento del servicio se navega sobre el plano del laboratorio accediendo de forma rápida y ordenada a toda la información necesaria para desarrollar el trabajo. De igual forma se ha creado un acceso directo para poder consultar la definición de cada puesto de trabajo, turnos, características del servicio....etc

B.- Recopilación de procedimientos, guías telefónicas, manuales de analizadores de casas comerciales en formato pdf para hipervincularlos....etc

C.- Fotografiado y retoque fotográfico para navegar sobre las secciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado obtenido ha sido el esperado. Se ha puesto en uno de los PC del servicio esta aplicación, para poder consultarla de forma rápida. En un primer paso se ha realizado parte de las secciones de:

1.- TRABAJO ADMINISTRATIVO DEL LABORATORIO
2.- RECEPCION DE MUESTRAS

La idea es ir alimentando la aplicación hasta conseguir tener todo el servicio al completo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo ha sido muy satisfactoria y se va a seguir extendiendo al resto de secciones en futuros proyectos de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1418 ===== ***

Nº de registro: 1418

Título
PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO DEL LABORATORIO

Autores:
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, MATEOS GOSENJE CRISTINA, VALERO RANDO ROSANA, PERMUY FONTAO JULIO, PITA GRANDAL BEATRIZ, BARDAJI CESTER CONSUELO, BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA, PEREZ CHUECA ANA BELEN

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1418

1. TÍTULO

PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO LABORATORIO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la mayoría de hospitales cada Técnico superior es asignado a un laboratorio único (Recepción de muestras, Urgencias, Bioquímica, Microbiología, Hemostasia, Hematimetría, Banco de Sangre, serología...etc) y en muchas ocasiones dentro de este laboratorio se le asigna a una sección fija en función de la carga de trabajo (Homomas, Bioquímica general, Orinas...etc). El Laboratorio del Hospital Real Ntra. Sra. de Gracia esta concebido como un único laboratorio con una única plantilla, aunque se desarrollan las técnicas de distintos laboratorios y se entrelazan sistemas de trabajo de un laboratorio de rutina y otro de urgencias. La cantidad de técnicas a aprender y detalles en los diferentes sistemas de trabajo son enormes. Por el sistema de rotación, el personal tiene un mes en el que pasa por las mañanas, asignándole todo el mes en una de las secciones. Estas secciones son lo que en otros hospitales clasifican como un laboratorio propio (Recepción de muestras, Urgencias, Bioquímica, Microbiología, Hemostasia, Hematimetría, Banco de Sangre, serología...etc). Después le toca un mes de rotación por el laboratorio de urgencias pasando a tardes, noches y festivos. Este hecho hace que cuando se vuelve a pasar a una de las secciones de rutina en turno de mañanas han podido pasar hasta 5 meses desde la última vez que se trabajó en ella, siendo muy complicado afianzar el trabajo de cada una de las secciones (laboratorios) y los cambios continuos a los que un laboratorio se enfrenta día a día.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar una aplicación informática donde se tenga una Mapa interactivo de las distintas secciones del Laboratorio donde tanto el personal fijo como el personal de nueva incorporación pueda consultar cualquier procedimiento de trabajo, definición de los puestos, turno anual, Pactos internos entre el personal...etc.

MÉTODO

Realizar una APLICACIÓN donde aparece el mapa del Laboratorio y sus diferentes secciones. Presionando en cada una de ellas puedas introducirte en menus que te dan información sobre la definición del puesto, definición del sistema de trabajo, mapa de procesos de la sección y a todos procedimientos de trabajo. Para ello se realizarán también reuniones periódicas (una trimestral sería suficiente) para actualizar los procedimientos de trabajo y realizar nuevos que se consideren necesarios.

INDICADORES

La monitorización del proyecto va a ser continua, viendo diariamente los avances de la aplicación. La medida del proyecto será todo lo conseguido hasta el momento de su evaluación

DURACIÓN

ENERO DE 2019 Estarán y se podrán consultar las secciones de:

1. Parte de Hemostasia
2. Parte de Banco de sangre
3. Parte de bioquímica
4. Parte de Recepcion de muestras
5. Parte de la Sección Administrativa

Se empezarán con los procedimientos mas importantes de cada sección

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0913

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE

Fecha de entrada: 28/01/2020

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.
MATEOS GOSENJE CRISTINA
VALERO RANDO ROSANA
PERMUY FONTAO JULIO
PITA GRANDAL BEATRIZ
BARDAJI CESTER CONSUELO
BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA
PEREZ CHUECA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas para este proyecto de calidad han sido las siguientes:

Se ha conseguido reunir a través de los comerciales la mayoría de Manuales de Analizadores, Estufas, Centrifugas....etc en formato Pdf referentes a las secciones que se han realizado en este proyecto de calidad.

Se han realizado la mayoría de procedimientos de las dos secciones a las que hace referencia el título (Administrativa y Banco de Sangre)

Se han realizado libros Excel de apoyo a estas secciones como buscadores de Códigos de pruebas, buscadores de teléfonos (Casas comerciales, Hospitales, Lineas de HELP LINE...etc), Generador de etiquetas para mandar muestras a otros hospitales, Acceso a carteras de servicios de otros laboratorios.

Se han realizado las fotografías y se ha integrado en la aplicación de GESTIÓN INTERNA de una forma atractiva y de fácil uso, para que el usuario del servicio haga uso de ello y acorte los tiempos de búsqueda de todo el material que se necesita.

Se ha hipervinculado a esta aplicación todo este material .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado ha sido altamente satisfactorio. Se han cumplido los plazos previstos de realización y hemos podido usar la aplicación diariamente con una alta eficacia y de una forma cómoda y rápida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha sido muy positiva. Se ha valorado extender este sistema de organización a todas la secciones.

Como pendiente queda ir añadiendo las nuevas incorporaciones de aparatos que vengán en un futuro e ir realizando e incluyendo procedimientos de trabajo que se vayan aumentando en el servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/913 ===== ***

Nº de registro: 0913

Título
DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE

Autores:
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, MATEOS GOSENJE CRISTINA, VALERO RANDO ROSANA, PERMUY FONTAO JULIO, PITA GRANDAL BEATRIZ, BARDAJI CESTER CONSUELO, BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA, PEREZ CHUECA ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0913

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DOCUMENTAL E INTEGRACION AL SISTEMA DE GESTION INTERNO EN LAS SECCION ADMINISTRATIVA, BANCO DE SAGRE

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:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gran cantidad de analizadores y de instrumentos Técnicos que tenemos en las diferentes secciones del laboratorio (Recepción de muestras, Bioquímica, Microbiología, Hemostasia, Hematimetría, Banco de Sangre, serología, laboratorio de Urgencias,..etc) van unidos a una documentación en formato papel (Guías de uso, inventario de material, instrucciones de manejo, guías de mantenimientos.....etc) que muchas veces se estropea por su excesivo uso.

Además aunque esta documentación viene con sus índices, son textos muy complejos de manejar a la hora de buscar y filtrar la información deseada en cada momento debido a la gran cantidad de datos técnicos (Algunas guías hasta 1000 páginas de información en las que incluyen inventarios, mantenimientos, instrucciones, referencias de material...etc)

Con la creación del Programa de gestión Interna de trabajo técnico que se hizo el año pasado, surgió la idea de ir reuniendo y completando estos documentos por secciones (todo el laboratorio a la vez sería muy complejo) en formato digital (documentación en formato PDF) de manera que se pueda tener localizada en esta aplicación toda esta documentación digital y se pueda filtrar la información referente al problema a resolver a través del buscador de Adobe reader, ganando una gran cantidad de tiempo y ordenando y centralizando toda la documentación técnica de las diferentes secciones del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Localizar toda la documentación anteriormente citada, estructurarla por secciones y uso, digitalizar la que no se encuentre, hipervincularla a nuestro programa de gestión interna de tal forma que quede ordenada y centralizada en nuestro programa de gestión interna creando un servicio virtual ordenado y estructurado.

MÉTODO

Hablar con todos los Proveedores y casas comerciales de los instrumentos técnicos, en el caso de este año referente a la sección de Banco de sangre (Pipetas, baños maría, centrifugas, neveras, congeladores de plasmas...etc) y de los diferentes analizadores de esta sección (Instrumentación de la casa GRIFOLS PARA grupos sanguíneos y pruebas cruzadas) así como todos los soportes usados en la sección administrativa (Fax, escáner, ordenador, pistola lectura código de barras, impresoras...etc) para que nos manden todos los manuales, instrucciones, certificados (en el caso de que no se tengan escanear los que tenemos) para tenerla de una forma atemporal y acortar los tiempos de búsqueda en soluciones técnicas de los analizadores y de todos los instrumentos técnicos necesarios para desarrollar nuestro trabajo.

INDICADORES

Los indicadores se irán midiendo durante el transcurso del año, viendo como se completan todas estas guías dentro de las secciones nombradas en el servicio virtual de nuestra aplicación.

DURACIÓN

La fecha prevista de inicio fue en Enero de 2019, ya que nos propusimos a finales del 2018 la meta de empezar a realizarlo y materializar este trabajo, por que creemos que va a ser un avance para el servicio. De momento ya tenemos algunos de los documentos necesarios e hipervinculados a estas secciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0849

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 - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

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

MONEVA ELENA
RINCON GORMEDINO PILAR
RUIZ ROMERO CRISTINA
GASPAR OCHOA INMACULADA
SANJOSE PEREA ROSALIA
FERNANDEZ TAULES TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado la sistemática y actualizado los procedimientos técnicos.
Se ha revisado el procedimiento de registro sin que se hayan producido grandes avances por problemas informáticos.
El volcado de resultados de HPV a los informes no ha podido realizarse por problemas entre Patwin y Áptima.
Se sigue atendiendo todas las consultas realizadas por las matronas y los ginecólogos, y se siguen enviando diagnósticos en papel.
Se obtienen estadísticas que ratifiquen la eficacia del método utilizado, en cuanto a cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En las tablas de registro se ha sustituido el registro de las citologías negativas por registros de citologías de forma aleatoria, que permiten evaluación por otros observadores distintos al patólogo que diagnosticó.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido una parte de los objetivos del proyecto, entre los que cabe destacar:
Se ha revisado la sistemática y actualizado los procedimientos técnicos, habiendo superado en junio de 2018 la Auditoría de ENAC, que mantiene nuestra acreditación.
Se sigue atendiendo todas las consultas realizadas por las matronas y los ginecólogos, y se siguen enviando diagnósticos en papel.
Se obtienen estadísticas que ratifiquen la eficacia del método utilizado, en cuanto a cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En las tablas de registro se ha sustituido el registro de las citologías negativas por registros de citologías de forma aleatoria, que permiten evaluación por otros observadores distintos al patólogo que diagnosticó.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto mejora la calidad en el tema del cribado cervical, ya que supone una revisión continua en esta área. La dedicación temporal del personal y las reuniones de coordinación, supone un esfuerzo extraordinario, ya que conlleva mejoras pero supone una tarea adicional a la labor asistencial.
No se pueden realizar avances sin la implicación de los servicios generales, predominantemente de la informática, lo que ha llevado a que queden pendientes los siguientes temas:
- Se ha revisado el procedimiento de registro sin que se hayan producido grandes avances por problemas informáticos, por lo que se concluye que sin una buena respuesta por parte de los servicios de Informática, es imposible que se produzcan avances en el procedimiento de registro.
- El volcado de resultados de HPV a los informes no ha podido realizarse por problemas entre Patwin y Áptima, referidos a la conexión informática, fallando también la conexión informática con el Salud.
El proyecto debe implicar de forma significativa al Servicio de Informática.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/675 ===== ***

Nº de registro: 0675

Título
SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO 15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

Autores:
ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, ELENA MONEVA PILAR, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, SANJOSE PEREA TERESA, FERNANDEZ TAULES CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

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 .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
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 para mantener la acreditación UNE-EN ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El proyecto intenta conseguir la prevención del cáncer cervical de una manera efectiva.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, especialmente en la línea prioritaria :CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX, aunque también afecta a otros objetivos prioritarios

RESULTADOS ESPERADOS

Renovar la acreditación ISO 15189
Prevenir el cáncer cervical

MÉTODO

Las principales actividades serán:

- Revisar la sistemática establecida para tener adecuadamente registrados todos los procedimientos técnicos.
- Revisar la sistemática de registro para adecuarla al procedimiento actual y facilitar y disminuir el tiempo necesario.
- Adecuar la tabla de registro de resultados para obtener con más facilidad las estadísticas de resultados.
- Estudiar el volcado de resultados de HPV a los informes.
- Realizar comunicaciones o reuniones con matronas y ginecólogos

El servicio ofertado es la realización del estudio cervical, incluyendo la citología y el estatus de HPV mediante cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En segundo lugar, obtener las estadísticas de resultados que permitan evaluar el método.

INDICADORES

Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N)
Actualización del informe de resultados (S/N)
Comunicaciones a matronas y ginecólogos (S/N)
Realización de Revisión por la Dirección (S/N)
Realización de estadística de resultados (S/N)

DURACIÓN

Auditoría de seguimiento: Junio 2018-05-09
Redacción de los documentos modificados: hasta septiembre 2018
Implantación y comunicación de matronas y ginecólogos: hasta diciembre de 2018
Obtención de estadísticas: Enero 2019
Evaluación del proyecto y acciones de continuación: Primer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Incluido en acuerdo de gestión con la Dirección

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN 15189 PARA CRIBADO CERVICAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

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 PILAR

RINCON GORMEDINO CRISTINA

RUIZ ROMERO INMACULADA

GASPAR OCHOA ROSALIA

SANJOSE PEREA TERESA

HOMBRIA LAVIÑA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio para el volcado de resultados de los equipos de Aptima a los informes de PatWin.

Modificación de la sistemática de registro de muestras, marcando con etiqueta los casos de seguimiento (para distinguirlos de los casos de cribado)

Unificación del procedimiento de Recepción de muestras con el procedimiento de biopsias, y revisión del procedimiento de Preanalítica.

Implantación de registro mediante código de barras de los casos procedentes del propio hospital.

Participación en intercomparativos de diagnóstico citológico (SEAP) y de test de HPV (Instand)

Registro y evaluación de interconsultas y de correlaciones con biopsias y conizaciones.

Reuniones periódicas con ginecólogos y comunicaciones con matronas.

Reunión con Atención Primaria (Directora Dra. Mendi y Matrona M^a Ángeles Checa). (15-5-19)

Auditoría Interna (9 mayo 2019)

Seguimiento posterior de procedimientos y registros con las modificaciones según análisis y recomendaciones de ICESA.

Revisión por la Dirección (15-11-19)

Nueva Auditoría Interna (7 noviembre 2019)

Auditoría externa por ENAC (4-12-2020).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha adecuado el procedimiento de registro de muestras
- Se ha revisado y mantenido el procedimiento de análisis, que se considera correcto tras los intercomparativos realizados.
- El personal conoce la sistemática, que se considera plenamente implantado.
- Se ha superado la auditoría externa por ENAC, como seguimiento de este procedimiento de cribado cervical, sin ninguna observación en el mismo.
- Se han difundido los resultados a Ginecología y Primaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha mejorado la atención proporcionada.

Los intercomparativos y las correlaciones realizadas confirman la validez de nuestros diagnósticos y métodos.

Queda pendiente el volcado de informes y la aprobación definitiva del protocolo del sector

7. OBSERVACIONES.

A los miembros del equipo incluidos en la solicitud original se han añadido también María García Fernández (DNI 32870603S) y Elena Abad Beorlegui (DNI 17733693A), Técnicos Superiores de Anatomía Patológica, aunque no figuraban en el listado previo por las limitaciones numéricas impuestas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/675 ===== ***

Nº de registro: 0675

Título
SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO 15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

Autores:
ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, ELENA MONEVA PILAR, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, SANJOSE PEREA TERESA, FERNANDEZ TAULES CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN 15189 PARA CRIBADO CERVICAL

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
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 para mantener la acreditación UNE-EN ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El proyecto intenta conseguir la prevención del cáncer cervical de una manera efectiva.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, especialmente en la línea prioritaria :CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX, aunque también afecta a otros objetivos prioritarios

RESULTADOS ESPERADOS

Renovar la acreditación ISO 15189
Prevenir el cáncer cervical

MÉTODO

Las principales actividades serán:

- Revisar la sistemática establecida para tener adecuadamente registrados todos los procedimientos técnicos.
- Revisar la sistemática de registro para adecuarla al procedimiento actual y facilitar y disminuir el tiempo necesario.
- Adecuar la tabla de registro de resultados para obtener con más facilidad las estadísticas de resultados.
- Estudiar el volcado de resultados de HPV a los informes.
- Realizar comunicaciones o reuniones con matronas y ginecólogos

El servicio ofertado es la realización del estudio cervical, incluyendo la citología y el estatus de HPV mediante cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En segundo lugar, obtener las estadísticas de resultados que permitan evaluar el método.

INDICADORES

Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N)
Actualización del informe de resultados (S/N)
Comunicaciones a matronas y ginecólogos (S/N)
Realización de Revisión por la Dirección (S/N)
Realización de estadística de resultados (S/N)

DURACIÓN

Auditoría de seguimiento: Junio 2018-05-09
Redacción de los documentos modificados: hasta septiembre 2018
Implantación y comunicación de matronas y ginecólogos: hasta diciembre de 2018
Obtención de estadísticas: Enero 2019
Evaluación del proyecto y acciones de continuación: Primer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Incluido en acuerdo de gestión con la Dirección

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN 15189 PARA CRIBADO CERVICAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MATEOS BARRIONUEVO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALMAJANO MARTINEZ CARMEN
ELENA MONEVA PILAR
RINCON GORMEDINO CRISTINA
RUIZ ROMERO INMACULADA
GASPAR OCHOA ROSALIA
ABAD BEORLEGUI ELENA
GARCIA FERNANDEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha redactado la versión inicial de los documentos relativos a la solicitud de estudios, procedimiento de registro, procedimientos de procesamiento de biopsias, técnicas generales e inmuno histoquímicas, y postanalítica, según estaba previsto en el proyecto.

Para ello se han realizado:

- múltiples talleres de formación organizados por el SALUD e ICESA
- creación del grupo de mejora encaminado a la acreditación de biopsias y citologías
- numerosas reuniones internas para la redacción y revisión de los documentos
- establecimiento de los objetivos e indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido los objetivos de esta fase del proyecto, cumpliendo al 100% los objetivos previstos, a saber:

Establecimiento de las normas para la solicitud de estudios anatomopatológicos
Establecimiento del procedimiento de registro
Actualización del procedimiento técnico de análisis. de biopsias de rutina
Establecimiento de los procedimientos de técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas
Establecimiento del procedimiento de postanalítica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lecciones aprendidas:

El proyecto mejora la calidad de la atención proporcionada.
El proyecto requiere dedicación temporal del personal, y numerosas reuniones de coordinación.
Requiere implicación de los servicios generales (informática, mantenimiento, suministros, electromedicina).
No existe una completa comprensión del significado y utilidad de la gestión de calidad por parte de otros servicios.

Han quedado pendientes:

Ejecutar plenamente la sistemática establecida y corregirla si se detectan incongruencias o actividades inoperantes.
Establecer los formatos para el registro de las actividades.
Mejorar la gestión de equipos, en colaboración con los proveedores.
Extender las actividades de gestión de calidad a otros procedimientos del servicio.

El proyecto debe continuar dando respuesta a estas cuestiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/684 ===== ***

Nº de registro: 0684

Título
SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROCESAMIENTO DE BIOPSIAS

Autores:
MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, ELENA MONEVA PILAR, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, ABAD BEORLEGUI ELENA, GARCIA FERNANDEZ MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

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: Todo tipo de enfermedades
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los procedimientos en el procesamiento del material de biopsias y piezas quirúrgicas son cada vez más complejos, por lo que requieren una mayor sistematización para mantener la reproducibilidad y obtener unos resultados homogéneos y mantenidos en el tiempo.

Por ello se requiere elaborar una sistemática que permita la actuación uniforme de todo el personal, con un proceso de mejora continua y detección de errores y riesgos reales y potenciales, El proyecto intenta alcanzar la eficacia diagnóstica con mayor seguridad y rapidez.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, afectando a varios de los objetivos prioritarios, como son especialmente los que se refieren al cribado de cáncer y a la gestión de riesgos.

RESULTADOS ESPERADOS

Sistematizar los procedimientos de procesamiento de biopsias.

Afecta a todos los pacientes biopsiados en nuestro hospital y los centros que remiten las biopsias al mismo.

MÉTODO

Las principales actividades serán:

Redactar los documentos que recojan los procedimientos de procesamientos
Redactar los procedimientos de técnicas y procedimientos especiales
Redacta los documentos de preanalítica correspondientes.
Redactar los documentos de postanalítica correspondientes.
Establecer los indicadores.
Aplicar los procedimientos en el diagnóstico de rutina

El servicio ofertado es la realización de los diagnósticos anatomopatológicos con precisión y rapidez
En segundo lugar, se intentará adecuar estos procedimientos a la norma ISO 15189 para caminar hacia la acreditación en patología cervical y mamaria.

INDICADORES

Establecimiento de las normas para la solicitud de estudios anatomopatológicos
Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N) de biopsias de rutina
Establecimiento de los procedimientos de técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas (S/N)
Establecimiento del procedimiento de postanalítica (S/N)

DURACIÓN

Redacción de los procedimientos de biopsias de rutina, registro y preanalítica: Septiembre 2018
Redacción de los procedimientos de inmunohistoquímica y técnicas especiales: Hasta noviembre 2018.
Redacción de los procedimientos de postanalítica: Diciembre 2018- enero 2019
Evaluación y plan de continuación: Prmer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MATEOS BARRIONUEVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALMAJANO MARTINEZ CARMEN
ELENA MONEVA PILAR
RINCON GORMEDINO CRISTINA
RUIZ ROMERO INMACULADA
GASPAR OCHOA ROSALIA
ABAD BEORLEGUI ELENA
HOMBRIA LAVIÑA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Redacción de los procedimientos y elaboración de formatos
Revisión por todo el equipo
Puesta en función de los procedimientos y formatos.
Comienzo de los registros
Auditoría Interna (mayo 2019)
Seguimiento posterior de posprocedimientos y registros con las modificaciones según análisis y recomendaciones de ICSA.
Revisión por la Dirección (octubre 2019)
Nueva Auditoría Interna (noviembre 2019)
Auditoría externa por ENAC (4-12-2020), con 2 No-conformidades mayores y 2 menores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han protocolizado todos los procedimientos y formatos de los alcances para acreditar.
- Se han puesto todos en práctica, convirtiéndolos en sistemática
- El personal conoce la sistemática.
- Se ha superado la auditoría externa, pendientes de enviar el PAC correspondiente a las No-conformidades.
- Se ha comenzado la difusión de los cambios fuera del servicio, especialmente en lo que se refiere a las solicitudes de estudios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha mejorado la atención proporcionada.
El proyecto ha mejorado la estandarización de los procedimientos, facilitando la actividad al personal.
Queda pendiente una mayor difusión en el hospital de la trascendencia de la mejora de la calidad y de los documentos y normas (especialmente referentes a la solicitud)

7. OBSERVACIONES.

A los miembros del equipo incluidos en la solicitud original se han añadido también María García Fernández (DNI 32870603S, Técnico Superior de Anatomía Patológica) y M^a Teresa Sanjosé Perea (DNI 17864929R, Auxiliar Administrativa), miembros del equipo del Proyecto, aunque no figuraban en el listado previo por las limitaciones numéricas impuestas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/684 ===== ***

Nº de registro: 0684

Título
SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROCESAMIENTO DE BIOPSIAS

Autores:
MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, ELENA MONEVA PILAR, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, ABAD BEORLEGUI ELENA, GARCIA FERNANDEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de enfermedades
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los procedimientos en el procesamiento del material de biopsias y piezas quirúrgicas son cada vez más complejos, por lo que requieren una mayor sistematización para mantener la reproducibilidad y obtener unos resultados homogéneos y mantenidos en el tiempo.

Por ello se requiere elaborar una sistemática que permita la actuación uniforme de todo el personal, con un proceso de mejora continua y detección de errores y riesgos reales y potenciales, El proyecto intenta alcanzar la eficacia diagnóstica con mayor seguridad y rapidez.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, afectando a varios de los objetivos prioritarios, como son especialmente los que se refieren al cribado de cáncer y a la gestión de riesgos.

RESULTADOS ESPERADOS

Sistematizar los procedimientos de procesamiento de biopsias.

Afecta a todos los pacientes biopsiados en nuestro hospital y los centros que remiten las biopsias al mismo.

MÉTODO

Las principales actividades serán:

Redactar los documentos que recojan los procedimientos de procesamientos
Redactar los procedimientos de técnicas y procedimientos especiales
Redactar los documentos de preanalítica correspondientes.
Redactar los documentos de postanalítica correspondientes.
Establecer los indicadores.
Aplicar los procedimientos en el diagnóstico de rutina

El servicio ofertado es la realización de los diagnósticos anatomopatológicos con precisión y rapidez. En segundo lugar, se intentará adecuar estos procedimientos a la norma ISO 15189 para caminar hacia la acreditación en patología cervical y mamaria.

INDICADORES

Establecimiento de las normas para la solicitud de estudios anatomopatológicos
Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N) de biopsias de rutina
Establecimiento de los procedimientos de técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas (S/N)
Establecimiento del procedimiento de postanalítica (S/N)

DURACIÓN

Redacción de los procedimientos de biopsias de rutina, registro y preanalítica: Septiembre 2018
Redacción de los procedimientos de inmunohistoquímica y técnicas especiales: Hasta noviembre 2018.
Redacción de los procedimientos de postanalítica: Diciembre 2018- enero 2019
Evaluación y plan de continuación: Prmer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN RAMIRO MARIN GUERRICABEITIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAUCO JAQUES JOSE
ITURRICHIA ALBA FERNANDO
RODRIGUEZ BENITO JOSE FRANCISCO
ALAMILLO SALAS CLARA
OPLA BENABARRE JOSE MARIA
GOMEZ RUIZ MARIA CRISTINA
NOGUE PUEYO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PERIODO DE REALIZACION : AÑO 2018 COMPLETO
ACTTUACIÓN: BLOQUEOS ANALGESICOS SUPRACLAVICULARES PREOPERATORIOS ECOGUIADOS
- OBJETIVO: CONSEGUIR ANALGESIA POSTOPERATORIA ADECUADA. CON MENOR USO DE ANALGÉSICOS INTRAVENOSOS Y MAYOR SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.
- SEDACION LEVE, PREVIA DEL PACIENTE CON MIDAZOLAM 2-3 MG
- MATERIAL: ECOGRAFO PARA LOCALIZACION SUPRACLAVICULAR DEL PLEXO BRAQUIAL(S2 SONOSITE), AGUJAS HIPERECOGÉNICAS (BRAUN LAB.) Y 15-20 ML(TAMAÑO DE PACIENTE) DE LEVOBUPIVACINA 0,25% ISOBARA + 4 MG DE DEXAMETASONA.
ANESTESIA GENERAL BALANCEADA EN TODOS LOS CASOS
ANALGESIA POSTOPERATORIA INMEDIATA CON PARACETAMOL 1G+ AINE EXCLUSIVAMENTE
ACTIVIDADES REALIZADAS: TOMA DE DATOS EN CABECERA DE PACIENTE, ANOTACIONES EN LIBRO DE PLEXOS, REVISION AL DIA SIGUIENTE, EVALUACIONES TRIMESTRALES, REUNIONES CON SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA PARA VER IDONEIDAD, REUNION FINAL CON EXPOSICION DE DATOS RECABADOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CIRUGIAS ARTROSCÓPICAS DE HOMBRO: 121 (59 I - 62 D)
BLOQUEOS REALIZADOS: 119 PACIENTES
NO DESEARON REALIZARSE: 2 PACIENTES
- P. OPERADOS/ P.BLOQUEADOS : 121/119 - 98,34% DE LOS PACIENTES
- DOLOR POSTOPERATORIO INMEDIATO (ESCALA EVA)
EVA 0-3 (DOLOR LEVE): 76 PAC - 63,86%
EVA 4-6 (DOLOR MOD) : 34 PAC- 28,67%
EVA 7-10(DOLOR SEVERO) : 9 PAC - 7,5%
2 PAC NO BLOQ - DOLOR MODERADO-SEVERO 2 CASOS- 100%
- ANALGESIA DE RESCATE EN 39 PACIENTES : 32,23% (DIVERSA)
- DIA SIGUIENTE: DOLOR SEGUN ESCALA EVA
EVA 0-3 - 112 PAC - 92,56 %
EVA 4-6 - 8 PAC- - 6,61%
EVA 7-10 - 1 PAC - 0,82%
- ENCUESTA DE SATISFACCION AL DIA SIGUIENTE: SATISFACCION DE LOS PACIENTES SUPERIOR AL 95%, LOS PACIENTES SE MOSTRARON SATISFECHOS CON LAS EXPLICACIONES Y LA TÉCNICA REALIZADA ASI COMO CON SUS RESULTADOS.
EFECTOS SECUNDARIOS: 1 PAC - BLOQUEO RESIDUAL PROLONGADO 32 HS
1 PAC- ELEVAC HEMIDIAFRAGMA DECHO (?) CAUSA
3 PAC CON MOLESTIAS EN ZONA DE PUNCIÓN
1 PAC CON ERITEMA ZONAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- LA ANALGESIA POR BLOQUEO SUPRACLAVICULAR EN CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO ES SUMAMENTE UTIL Y EFICAZ, SE HA LOGRADO UN GRADO DE EFICACIA SUPERIOR AL 90%
2- DISMINUYE LOS REQUERIMIENTOS ANALGÉSICOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO
3- EL USO DE ANALGÉSICOS IV, DISMINUYE EN TODO EL PROCESO
4- DISMINUYE EL DOLOR EN EL PRIMER DIA DEL POSTOPERATORIO Y ES MAS FACILMENTE TRATABLE
5- ESCASOS EFECTOS SECUNDARIOS, LEVES EN SU MAYORIA. POCO PELIGRO DEBIDO A LA UTILIZACION DEL ECÓGRAFO PARA REALIZAR LA TECNICA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1087 ===== ***

Nº de registro: 1087

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Título
PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Autores:
MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO, SAUCO JAQUES JOSE E, ITURRICHIA ALBA FERNANDO, RODRIGUEZ JOSE FRANCISCO, OPLA BENABARRE JOSE MARIA, GOMEZ MARIA CRISTINA, NOGUE PUEYO MARIA JOSE, ALAGON MANUEL JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: traumatología de hombro
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en practica clinica y c

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Habitualmente se realizan estas intervenciones con analgesia intravenosa, con todos los efectos secundarios, gastos e incomodidad asociados. Intentamos demostrar la pertinencia de los bloqueos plexuales para mejorar la analgesia, lograr alta temprana y la calidad global del proceso poder mejorarla.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la analgesia y la comodidad en pacientes a los que se les realiza cirugía artroscópica de hombro, de cualquier patología

MÉTODO
Reuniones de trabajo
Protocolos previos
Revisión de tratamientos el día siguiente
Evaluaciones trimestrales
Se utilizara el material ya existente. No se necesitan mas medios.

INDICADORES
Pacientes operados / pacientes con bloqueo plexual
Escala EVA (escala analogica visual) sobre dolor postoperatorio
Escala EVA - día posterior
Necesidades de medicación de rescate analgésico
Efectos secundarios
Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN
Un año de duración a partir de la aceptación del proyecto.
Recogida inmediata de datos

OBSERVACIONES
No me ha sido posible la acción de copiar - pegar para enviarles el proyecto desglosado.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN RAMIRO MARIN GUERRICABEITIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAUCO JAQUES JOSE
ITURRICHIA ALBA FERNANDO
ALAMILLO SALAS CLARA
RODRIGUEZ BENITO JOSE FRANCISCO
OPLA BENABARRE JOSE MARIA
NOGUE PUEYO MARIA JOSE
GOMEZ RUIZ MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN PROYECTO 2018_1085-1087

Bloqueos Del Plexo Braquial para analgesia de Cirugía Artroscópica de Hombro (CAH)

Los bloqueos del plexo braquial se realizan para producir anestesia total o analgesia para las extremidades superiores, ya sea para realizar la cirugía o para proveer de analgesia en el postoperatorio inmediato. En este proyecto en particular, buscamos proveer de analgesia a los pacientes que se van a operar de cirugía artroscópica de hombro, cirugía con un postoperatorio muy doloroso habitualmente y que requiere de muchos fármacos analgésicos además de reposo importante y malestar por los posibles efectos secundarios de tanta medicación. La forma de realizarla es puncionando el plexo braquial de los pacientes en el preoperatorio y administrarles una cantidad determinada de anestésicos locales a una concentración más analgésica que anestésica para posteriormente proveer de anestesia general a dichos pacientes y que sea en el postoperatorio inmediato donde noten la mejoría y confort.

Metodología:

1. Explicación y obtención del consentimiento informado de los pacientes en la consulta preanestésica
 2. Día de la intervención pasan a la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) para la realización de dicho bloqueo
 3. Llegada a la unidad, corroboración del proceso y paciente así como de su historial y monitorización de constantes vitales
 4. Sedación previa con 1-2 mg de midazolam (si no hay alergias)
 5. Punción del plexo braquial con ayuda del ecógrafo S2-Sonosite y agujas hiperecogénicas
 6. Administración de Anestésico local L-bupivacaina 0,25% 15-20 cc + 4 mg de dexametasona.
 7. Comprobación del estado del paciente y preparación para su ingreso en quirófano en un tiempo de 15-30 min.
 8. Ingreso en quirófano para su intervención qx. con Anestesia General (habitualmente realizada y según pautas del anesthesiólogo a cargo del quirófano ese día). La analgesia que se le da al final de la intervención son AINES (paracetamol ó enantyum ó nolotil - en dependencia de alergias)
 9. Paciente es trasladado de nuevo a la URPA tras la intervención y se evalúa estado general (monitorización habitual) y el dolor que presenta.
 10. Se da el alta de la URPA a su habitación tras un tiempo de recuperación variable según pacientes y cumpliendo normas de alta de la propia unidad (Alderete). Con analgesia que sea necesaria.
 11. Visita al día siguiente por parte de anesthesiólogo para evaluar dolor, efectos secundarios y necesidad de medicación analgésica.
 12. Recogida general de datos
 13. Evaluación de los datos que se van obteniendo y encuesta verbal a los pacientes de su satisfacción por el tratamiento y utilidad de este. Reuniones trimestrales de los integrantes del proyecto. Evaluación del proyecto en dos sesiones clínicas durante el 2018 junto al resto del servicio.
 14. Evaluación conjunta con el servicio de Traumatología para grado de satisfacción y observaciones respecto a tratamiento y posibles efectos secundarios. Reuniones trimestrales y notificación puntual en caso de efecto adverso
- Valoración por parte de los traumatólogos sobre la utilidad del tratamiento con una encuesta anónima sobre grado de satisfacción y utilidad en 5 escalones de no útil o no satisfactorio hasta muy útil, muy satisfactorio
15. En caso de efectos adversos graves: notificación a libro de incidencias de quirófano y posterior estudio en sesión clínica como caso clínico.

Actividades:

- Recogida de datos por parte de cada anesthesiólogo en libro de URPA por el realizador del bloqueo con tipo y cantidad de anestésico
- Evaluación del dolor por anesthesiólogo de URPA en el postoperatorio
- Recogida de datos al día siguiente para evaluación del EVA por anesthesiólogo de UDAP.
- Reuniones trimestrales de datos para los integrantes del proyecto
- Dos sesiones clínicas de todo el servicio
- Reuniones semestrales para este proyecto en exclusiva con el S. de Traumatología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

- Análisis de efectos secundarios, casos problemáticos.
- Recogida y evaluación final de datos y discusión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS EN PROYECTO 2018_1085/1087

- Periodo de evaluación - año 2018

- Pacientes atendidos

1. Pacientes operados de Cirugía Artroscópica de Hombro (CAH): 121 pac.
2. CAH- dcho - 59 - 48,76%
3. CAH - izdo - 60 - 51,24%
4. Pacientes que recibieron analgesia por bloqueo: 119 - 98,34%
5. Pacientes que no desearon tratamiento : 2 - 1,66%

- EVA (escala visual analógica - 0 a 10) para el dolor. En postoperatorio inmediato

1. EVA 0-3 (sin dolor - poco dolor): 76 pac: 63,9%
2. EVA 4-6 (dolor moderado): 34 pac: 28,67%
3. EVA 7-10 (dolor severo) : 9 pac : 7,5%

- EVA 0-10 para el dolor. Al día siguiente

1. EVA 0-3 : 106 pac: 87,60%
2. EVA 4-6: 12 pac: 9,91%
3. EVA 7-10: 3 pac : 2,47%

Pacientes a los que se administró tratamiento analgésico básico: 91 pac: 75,20

Rescates analgésicos: 20 pac : 24,8 %

Efectos adversos:

- Bloqueos prolongados (+24hs) 3 pac sin repercusiones
- 1 elevación y enfisema subcutáneo en hemidiafragma decho de dudosa procedencia y achacado a excesiva presión de la bomba usada por traumatología y duración larga de la intervención qx.

Encuesta de satisfacción de los pacientes

- Grado de satisfacción por explicaciones e información recibidas: 121 - 100%
- Grado de satisfacción por tratamiento: (sobre 119 casos que aceptaron) : 103 : 85,12%
- Encuesta de satisfacción global del Servicio de Traumatología hacia las técnicas
- Grado de satisfacción por parte del Servicio de Traumatología: Muy satisfechos
- Grado de utilidad: Consideración de muy útil

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE PROYECTO DE MEJORA

2018_ 1085/1087 (ACUERDOS DE GESTIÓN)

1. Recibieron analgesia por medio de bloqueo supraclavicular un total de 119 pacientes, un 98,34% con lo que se superan las estimaciones previas de realizarlo en más del 80%. 2 pacientes no desearon el tratamiento.

2. En el postoperatorio inmediato observamos que, de inicio, el 63,9% de los pacientes no tuvieron dolor o muy poco lo cual dada esta intervención, casi siempre muy dolorosa en el postoperatorio, podría considerarse un éxito. Con un dolor moderado un 28,67% el cual puede ser tratado con relativa facilidad y rapidez, casi siempre solo con AINEs.

Solo un 7,5% de los pacientes presentaron un dolor severo que requieren habitualmente combinaciones de AINEs y mórnicos .

El beneficio es notable si tenemos en cuenta que el 92,5% de los pacientes tendría un sencillo tratamiento.

3. El EVA analizado del día siguiente indica que los pacientes con un mínimo dolor ha subido al 87,60% con una extraordinaria evolución y con un dolor moderado no llegan al 10% y solo 3 de ellos mantienen dolor severo (tener en cuenta que 2 de los pacientes no desearon realizarse este bloqueo y están incluidos en las evaluaciones del dolor.

Cualquiera que haya visto o vea habitualmente como se desarrolla el postoperatorio de este tipo de pacientes sabe de la dificultad del tratamiento analgésico y del dolor que refieren en ocasiones y que es complicado de tratar. Considero unos resultados notables en la consecución de unos postoperatorios lo menos dolorosos posibles en este tipo de cirugías.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

4. En nuestro hospital se pauta de forma habitual una analgesia base con AINEs para tratamiento del dolor en estas cirugías, desketoprofeno 50 mg/8hs o Paracetamol 1 g/6-8 hs y esto fue lo único que se les pautó. Este tratamiento fue útil en el 75,20% (3 de cada 4) solo necesitando ampliación de un tratamiento analgésico muy básico en 1 de cada 4 pacientes. La reducción de posibles efectos secundarios así como de disconfort por parte del paciente es también notable.

5. Los efectos secundarios fueron mínimos. Los pacientes evidentemente refieren molestias a la punción (no se incluyeron, como tampoco se incluyeron las molestias producidas por la toma de vía intravenosa). Las localizaciones del plexo ayudados por la ecografía han mejorado estos últimos años de manera evidente aunque hay algunos pacientes en los que no fue plena la capacidad analgésica por déficits en el bloqueo, hay que tener en cuenta que 9 de los pacientes presentaron dolor severo nada más terminar la intervención, cifra por otra parte bastante baja y muy aceptable.

Se produjeron 3 bloqueos prolongados, usamos dexametasona en la dilución que hace que se prolongue la duración del bloqueo aunque los tres mencionados refirieron los pacientes que duraron más de 24 horas pero ninguno más allá de las 48 hs, sin mayores problemas.

El caso del enfisema subcutáneo merece especial atención ya que estamos convencidos de que fue a causa de una presión de bomba excesiva y un tejido muy laxo así como de una duración de la intervención muy larga. El paciente no se pudo ir a casa al día siguiente y prolongo su alta durante 72 hs y fue dado de alta con comprobaciones radiológicas de buena evolución.

6. El grado de satisfacción sobre la información recibida por parte de los pacientes fue plena, el 100% de los pacientes se mostraron satisfechos por la información y como la recibieron.

7. El grado de satisfacción por el tratamiento recibido ha llegado a más del 85%, es decir que ya no solo a los que no tenían dolor (63,9%) sino a parte de los que tenían un dolor moderado en el postoperatorio les pareció útil y adecuado el tratamiento, ya sea por una apreciación adecuada del dolor o porque se habían operado anteriormente y conocían el proceso sin la realización de este tratamiento analgésico.

8. Realizamos también una encuesta a nivel del equipo de traumatólogos de forma anónima para ver su grado de satisfacción y de utilidad dando unas cifras plenas en los dos aspectos. Muy satisfechos, además de considerar este tratamiento como muy útil, ambas con las máximas valoraciones.

Las consideraciones finales de todos los datos aportados así como de la interpretación de los resultados obtenidos nos dan un panorama muy alentador y el convencimiento de que es una técnica muy útil para el tratamiento analgésico de los pacientes sometidos a cirugía artroscópica de hombro.

Numerosos artículos y trabajos hay en la literatura científica que avalan este tipo de tratamientos y queríamos aplicar esta técnica en nuestro hospital con los resultados ya vistos y que son francamente mejores de lo que esperábamos. Esto puede ser debido a la experiencia en bloqueos anestésicos-analgésicos guiados por ecografía de los intervinientes en el proyecto, así como del buen material del que disponemos y el tiempo utilizado previamente durante el 2017 en entrenamiento nuestro y del personal de enfermería, aspecto básico en estos resultados. Creemos que este tratamiento es completamente adecuado y deseable, podríamos discutir sobre los beneficios de un bloqueo interescalénico frente a uno supraclavicular del plexo braquial pero en lo que todos estamos de acuerdo es en que la mejora del tratamiento de este tipo de pacientes es el bloqueo del plexo braquial y que la sola aportación de analgésicos intravenosos es pobre y tiende a quedarse corta, con el disconfort que conlleva para el paciente.

Las recomendaciones son claras: Es preferible realizar un bloqueo del plexo braquial para completar un adecuado tratamiento analgésico en los pacientes sometidos a cirugía artroscópica de hombro y así lo indican los datos obtenidos.

En nuestro hospital proseguiremos con su realización y posteriores estudios de mejora.

7. OBSERVACIONES.

OBSERVACIONES SOBRE PROYECTO DE MEJORA: 2018_1085/1087

1. Gran utilidad del proyecto de cara a mejora asistencial del paciente sometido a cirugía artroscópica de hombro.
2. Utilidad que ya era conocida por artículos científicos, congresos y reuniones.
3. Aplicación con un notable éxito en nuestro ámbito hospitalario
4. Mejora global en el tratamiento analgésico postoperatorio. Con tratamientos analgésicos muy básicos conseguimos mantener sin dolor a pacientes con intervenciones importantes
5. Convencimiento de su utilidad por parte de los pacientes y además de los Traumatólogos que trabajan con nosotros.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1087 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Nº de registro: 1087

Título
PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Autores:
MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO, SAUCO JAQUES JOSE E, ITURRICHIA ALBA FERNANDO, RODRIGUEZ JOSE FRANCISCO, OPLA BENABARRE JOSE MARIA, GOMEZ MARIA CRISTINA, NOGUE PUEYO MARIA JOSE, ALAGON MANUEL JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: traumatología de hombro
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en practica clinica y c

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Habitualmente se realizan estas intervenciones con analgesia intravenosa, con todos los efectos secundarios, gastos e incomodidad asociados. Intentamos demostrar la pertinencia de los bloqueos plexuales para mejorar la analgesia, lograr alta temprana y la calidad global del proceso poder mejorarla.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la analgesia y la comodidad en pacientes a los que se les realiza cirugía artroscópica de hombro, de cualquier patología

MÉTODO
Reuniones de trabajo
Protocolos previos
Revisión de tratamientos el día siguiente
Evaluaciones trimestrales
Se utilizara el material ya existente. No se necesitan mas medios.

INDICADORES
Pacientes operados / pacientes con bloqueo plexual
Escala EVA (escala analogica visual) sobre dolor postoperatorio
Escala EVA - día posterior
Necesidades de medicación de rescate analgésico
Efectos secundarios
Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN
Un año de duración a partir de la aceptación del proyecto.
Recogida inmediata de datos

OBSERVACIONES
No me ha sido posible la acción de copiar - pegar para enviarles el proyecto desglosado.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0473

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 - 2018/0627

1. TÍTULO

VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL ROCIO ABREU RUBIÑO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CONTRERAS RODRIGUEZ ALEJANDRA

ENSEÑAT ROMEO MARIA

LOPEZ VALVERDE GLORIA

BAYONA ZIVI PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REALIZAMOS UN CHECK-LIST DURANTE EL PERIODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2018 DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE CATARATA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA.

CONJUNTAMENTE, TODO EL EQUIPO QUIRÚRGICO (ANESTESIA, ENFERMERÍA Y OFTALMOLÓGICA) HA VERIFICADO EN CADA PACIENTE TODOS LOS ITEMS DEL CUESTIONARIO, PARA MAYOR SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

HA SIDO ACEPTADO POR TODO EL EQUIPO QUIRÚRGICO Y SE HA LLEVADO A CABO EN TODOS LOS PACIENTES DE ESE PERIODO (OCTUBRE-DICIEMBRE 2018) EN ESE TIEMPO NO SE HA DADO NINGÚN CASO CON ERROR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

SE HA CONSEGUIDO UNA INFORMACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MAS DETALLADA Y SEGURA PARA EL PACIENTE, POR LO QUE EL EQUIPO DECIDE SEGUIR REALIZANDO EL CHECK-LIST POR ESCRITO PARA QUE QUEDE REFLEJADO EN CADA HISTORIA CLÍNICA DE CADA PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/627 ===== ***

Nº de registro: 0627

Título
VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA

Autores:
ABREU RUBIÑO MARIA DEL ROCIO, CONTRERAS RODRIGUEZ ALEJANDRA, ENSEÑAT ROMEO MARIA, LOPEZ VALVERDE GLORIA, BAYONA ZIVI PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el proceso quirúrgico de cataratas existen múltiples variables referentes a la seguridad del paciente que precisan verificación durante la cirugía. Su no comprobación puede afectar negativamente en la identificación del paciente, inducir a error en lo referente a medicaciones, alergias, ayunos,... Así como confusión en la elección de la prótesis a implantar y ojo a preparar.

RESULTADOS ESPERADOS

- Verificar la identidad, localización anatómica, procedimiento y consentimientos del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0627

1. TÍTULO

VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA

- Confirmar tiempo de ayuna, prótesis dentaría, objetos metálicos y alergias conocidas.
- Comprobar aparataje, instrumental quirúrgico y prótesis a implantar.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo de carácter prospectivo sobre los pacientes intervenidos en la unidad de alta resolución de cataratas ambulatoria (ARCCA) del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. A partir de un check-list del equipo quirúrgico (Enfermería, anestesia y oftalmología) verificarán los diferentes datos a confirmar de cada paciente en la intervención de cataratas.

INDICADORES

1. Número de pacientes correctamente identificados durante la cirugía.
 2. Número de pacientes suspendidos por incumplimiento del ayuno quirúrgico.
 3. Proporción de pacientes con alergias a los diferentes fármacos utilizados durante el proceso quirúrgico.
 4. Proporción de pacientes en los que la lente implantadas difería de la seleccionada en el parte quirúrgico.
- Todo ello se obtendrá de una comprobación de los check-list empleados en la jornada quirúrgica.

DURACIÓN

Desde Octubre de 2018 a Diciembre de 2018 con posibilidad de continuación según los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0427

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 - 2018/0592

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER MASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA COLINA ONTAÑON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN
HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE
SESE SANZ MARIA PILAR
COMET LOZANO VICENTE
RAMON Y CAJAL AGÜERAS JUAN
ANDREU SANCHEZ LOURDES
DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL

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 tripticos entregados en otros hospitales.
Actividad 4ª: Elaboración del primer borrador de la guía que se entregaría a la mujer mastectomizada en nuestro hospital, una vez dada de alta del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Creación de un grupo de trabajo.
- Reunión y consolidación del grupo de trabajo.
- Mejora de la comunicación entre los profesionales.
- Unificación en la búsqueda de información.
- Estandarización de los criterios de selección del material de estudio.
- Redacción de la primera parte de la guía, en relación a las actividades de la vida diaria, trabajo, deporte, ocio y relaciones personales de la mujer mastectomizada cuando es dada de alta de la unidad quirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos el trabajo realizado hasta el momento como satisfactorio, si bien se debe coordinar el enfoque sobre el cuidado de la herida quirúrgica y sus posibles complicaciones cuando la paciente es dada de alta. Respecto a los ejercicios de rehabilitación y los tratamientos tras la cirugía el trabajo de redacción está avanzado, pero aún no ha sido puesto en común en el grupo de trabajo. No ha sido posible estimar los indicadores propuestos (porcentaje de usuarios que consideran que la guía ha sido útil y grado de satisfacción adquirido por la mujer intervenida tras realizar la encuesta de valoración), al no haberse implantado la guía del autocuidado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/592 ===== ***

Nº de registro: 0592

Título
ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER MASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
COLINA ONTAÑON MARIA LUISA, PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN, HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE, SESE SANZ MARIA PILAR, COMET LOZANO VICENTE, RAMON Y CAJAL AGÜERAS JUAN, ANDREU SANCHEZ LOURDES, DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0592

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Introducción: El cáncer de mama constituye un importante problema en los países occidentales por su elevada incidencia. En España se diagnostican unos 26.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres.

En los últimos años se ha detectado una notable mejoría tanto en la prevención, como en el tratamiento de la enfermedad, gracias a los avances científicos y al esfuerzo de todos los profesionales implicados en esta materia. La técnica quirúrgica más frecuente empleada es la mastectomía.

Sin embargo, la mujer mastectomizada al ser dada de alta del servicio hospitalario, presenta una gran cantidad de dudas relacionadas tanto con los cuidados generales como con el autocuidado de su herida quirúrgica.

Importancia y utilidad del proyecto: En una reunión multidisciplinar se decide realizar la elaboración de un documento en forma de guía para instruir a la mujer operada cuando obtiene el alta hospitalaria acerca de:

- higiene y cuidados del brazo afecto.
- vestido y complementos
- alimentación
- actividades de la vida diaria, trabajo
- deportes y ocio
- relaciones personales y familiares
- embarazo tras mastectomía
- Cuidado herida quirúrgica
- complicaciones: linfedema, alteración de la sensibilidad de la zona operada, alteración de la movilidad del brazo operado, seromas
- ejercicios de rehabilitación tras la mastectomía
- tratamientos tras la cirugía: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia.

Situación de partida:

- Ausencia de información acerca de los posibles problemas a los que se presenta la paciente al alta
- Carencia de información en forma de tríptico o folleto que recoja la información que se demanda

Fuentes de información

La información fue recogida gracias al trabajo diario de los componentes del equipo y a la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR:

- o Aumento de la seguridad y confianza de la mujer operada
- o Aumento del conocimiento acerca de los cuidados generales y autocuidado
- o Mejora de la imagen de nuestro hospital y de la calidad asistencial
- o Mejora de la satisfacción de los pacientes y de los familiares y del equipo asistencial

MÉTODO

Medidas previstas:

- Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado
- Actividad 2ª: Revisión de guías y documentación entregada en otros hospitales
- Actividad 3ª: Elaboración de la guía que será entregada al alta de nuestro hospital
- Actividad 4ª: Diseño de una encuesta de valoración sobre la guía

INDICADORES

- 1º. Porcentaje de usuarios que consideran que la guía ha sido útil (nº de usuarios que consideran apropiada la información recibida/nº de usuarios que han recibido el tríptico)
- 2º. Grado de satisfacción adquirido por la mujer intervenida tras realizar la encuesta de valoración

DURACIÓN

Fecha de inicio: Febrero 2018

Fecha de finalización Enero 2019

Calendario:

- Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado. Febrero 2018
- Actividad 2ª: Revisión de guías y documentación entregada en otros hospitales. Marzo- Abril 2018
- Actividad 3ª: Elaboración de la guía que será entregada al alta de nuestro hospital. Junio 2018
- Actividad 4ª: Diseño de una encuesta de valoración sobre la guía. Enero 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0592

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0864

1. TÍTULO

MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CMA (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ROCIO YAGÜE LOPEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURZURI LAFUENTE PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5. Actividades

5.1. Interacción con los servicios implicados en las IQ

- Consultas Externas: envío de los partes quirúrgicos de oftalmología.
- Admisión:
 - Envío, los viernes de la semana anterior, de la programación semanal de las intervenciones quirúrgicas de todas las especialidades de la semana.
 - Envío de los partes quirúrgicos de traumatología de toda la semana, que son remitidos por el servicio de traumatología del Hospital Royo Villanova.
- Archivos: envío de las historias clínicas de cada especialidad con 48 horas de antelación, según la programación inicial.

5.2. Acciones realizadas

- Recepción de las historias clínicas enviadas desde el servicio de archivos.
 - Verificar que las historias clínicas coinciden con el parte quirúrgico correspondiente actualizado.
 - Reclamar las historias que no han llegado, y las historias de los últimos cambios producidos en el parte quirúrgico.
- Revisión de la historia clínica:
 - Historia clínica de la especialidad correspondiente:
 - * Evolución clínica.
 - * Consentimiento quirúrgico firmado por el paciente.
 - * En pacientes oftalmológicos: Biometría.
 - Protocolo de Anestesia:
 - * Preoperatorio completo según protocolo para cada especialidad.
 - * Consentimiento informado de anestesia firmado por el paciente
 - Comunicación a quirófano de todos los aspectos a tener en cuenta en el servicio del día siguiente (alergias al látex, etc.)

5.3. Identificación de posibles incidencias

5.3.1 Previas a la intervención quirúrgicas

- Historia clínica incompleta
- Historia extraviada
- Consentimientos de anestesia o intervención quirúrgica sin firmar por el paciente
- Preoperatorio y/o protocolo de anestesia caducado o ausencia del mismo

5.3.2 El día de la intervención quirúrgica

- Común para todas las especialidades
 - *Paciente presenta fiebre
 - *Paciente que no guarda ayunas
 - *Paciente que acude sin acompañante
 - *Paciente que no acude a la cita y no llama para cancelarla
 - *Paciente que acude al servicio para intervención quirúrgica y no aparece en el parte quirúrgico (parte no actualizado)
 - *Paciente que no ha tomado la profilaxis del látex, en caso de alergia, prescrita por el anestesista
 - *Paciente que presenta hiperglucemia mayor de 320 mg/dl
 - *Paciente que presenta tensión arterial mayor de 190/110 mm Hg
 - *Arritmias y/o taquicardias sinusales no conocidas
 - *Anulación de la intervención por falta de tiempo quirúrgicos
- Particulares de cada especialidad

A) Oftalmología

- *Infecciones oftalmológicas
- *Profilaxis oftalmológica no realizada correctamente

B) Traumatología

- *Paciente presenta mejoría y no necesita la intervención
- *Paciente en tratamiento con antiagregantes y no suspende con antelación

5.4 Acciones para subsanar las incidencias detectadas

5.4 .1 Previas al día de la intervención quirúrgica

- A) Falta de historia de la especialidad correspondiente:
 - *En el caso de paciente oftalmológico, se solicita a la consulta una copia del preoperatorio oftalmológico y una copia de OCT y biometría
 - *En el caso de pacientes de traumatología y ORL, se contacta con el servicio de Admisión para que nos remitan la historia, bien del Hospital Royo Villanova o bien, del CEM Grande Covián

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0864

1. TÍTULO

MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CMA (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

B) Historia clínica completa extraviada: contactamos con cada uno de los servicios implicados en el circuito de la historia clínica

C) Falta de preoperatorio y/o protocolo de anestesia: Se comunica con el servicio de Admisión para dar una nueva cita de consulta antes de la intervención quirúrgica, si es posible

5.4.2 En el mismo día de la intervención quirúrgica

A) Se comunica al servicio de Anestesia, en la mayor brevedad posible, aquellos pacientes que presentan fiebre, cifras elevadas de glucemia y/o TA, arritmias y taquicardias no conocidas, que no han tomado la profilaxis en su domicilio o no acuden en ayunas...

B) Paciente que acude sin acompañante. Se indica que contacte con algún adulto responsable que se haga cargo tras la intervención

C) Paciente que acude al servicio, pero no aparece en el parte por no estar programado o por no estar el parte actualizado. En ese caso, se solicita un nuevo parte actualizado y se pide la historia al servicio de Archivos

D) Paciente que no acude y no avisa. Se localiza a través del servicio de Admisión para conocer el motivo

E) Paciente que no realiza la profilaxis oftalmológica, presenta infección, alguna reacción o cualquier otro síntoma que nos alerta. Se lo comunicamos al oftalmólogo correspondiente

F) Paciente en tratamiento con anticoagulantes, que requiere su suspensión y no lo ha realizado. Se comunica al médico correspondiente

5.5 Recursos empleados

5.5.1 Material

Se utiliza una gráfica indicando los días de la semana y todas las posibles causas de anulación de IQ, anulaciones de IQ y las IQ realizadas tras detectar una incidencia. Para la recogida de datos utilizamos los partes quirúrgicos semanales, los partes diarios y las historias clínicas de los pacientes

5.5.2 Cumplimiento del calendario marcado

Del 1 de febrero de 2019 al 30 de junio de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6. Resultados alcanzados

6.1 Fuente de obtención

Seleccionamos todos los pacientes programados en nuestra UCMA desde el 1 de febrero de 2019 hasta el 30 de junio de 2019, con un total de 2384 pacientes

6.2 Método de obtención

Para la recogida de datos se realizó un registro semanal, en el que se registra diariamente

* N° de intervenciones programadas

* N° de intervenciones anuladas

* Incidencias

6.3 Indicadores cuantitativos

A) Porcentaje de intervenciones canceladas

$(N^{\circ} \text{ de intervenciones canceladas}) / (N^{\circ} \text{ total de intervenciones})$

Así, el total de número de intervenciones canceladas asciende a 82 durante todo el periodo. Mientras que el número total de intervenciones es de 2384.

Aplicando estas cifras al indicador, obtenemos un porcentaje del 0,034.

B) Porcentaje de intervenciones realizadas tras detectar una incidencia

$(N^{\circ} \text{ de intervenciones realizadas tras detectar una incidencia}) / (N^{\circ} \text{ de intervenciones canceladas})$

Teniendo en cuenta el número de intervenciones realizadas tras detectar una incidencia, que es un total de 64, y el número de intervenciones canceladas, que asciende a 82, obtenemos un porcentaje en este segundo indicador del 0,780 .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7. Lecciones aprendidas: Conclusiones y recomendaciones

7.1 Valoración

El objetivo de este estudio es mejorar la gestión de la unidad de CMA para disminuir el índice de intervenciones quirúrgicas que hay que anular. La recepción de las historias clínicas con 48 horas de antelación, nos permite detectar las posibles incidencias y subsanarlas a tiempo para evitar la cancelación de las mismas.

Con los resultados obtenidos y considerando que sólo se han registrado aquellas situaciones en las que enfermería de la UCMA puede incidir y que sumadas a las acciones que se pueden realizar en los diferentes servicios relacionados con la programación de las IQ, se observa una mejora la gestión de las mismas.

7.2. Conclusiones

Como consecuencia de las medidas adoptadas conseguimos disminuir las IQ fallidas tras incidencias detectadas, lo que tiene una repercusión económica clara, pues cada quirófano no utilizado genera un gasto sanitario además de la repercusión que ello conlleva en las listas de espera.

Otro aspecto además del impacto económico que también hay que considerar es el plano socio familiar del paciente.

7.3 Recomendaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0864

1. TÍTULO

MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CMA (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Nuestras recomendaciones van dirigidas a proporcionar una mayor información sobre el procedimiento en las consultas previas por las que pasa el paciente, así como aclarar esa información y dar a conocer la importancia de anular una cita con antelación si fuera el caso. Algunas de estas acciones serían:

- * En consulta de Anestesia: recalcar que el término de ayunas hace referencia tanto a líquidos como a alimentos sólidos.
- * En consulta de Oftalmología: hacer hincapié en el día exacto de la intervención quirúrgica para evitar confusiones con los días de las revisiones posteriores a la intervención. A la hora de realizar los partes con las intervenciones quirúrgicas, asegurar que las alergias al látex son programadas a primera hora de la mañana para evitar su cancelación el día previo a la intervención.
- * Dar a conocer al paciente la importancia de anular la cita de la cirugía con antelación si se diera el caso, ya que supone un coste a menudo no tenido en cuenta por su parte, debido al desconocimiento del mismo.
- * En la UCMA: incluir las actividades y acciones realizadas en el "Manual de actividades de enfermería en el servicio de la CMA "con la finalidad de que el personal de nueva incorporación a la unidad conozca el correcto funcionamiento de la misma y los objetivos planteados en el proyecto de mejora de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/864 ===== ***

Nº de registro: 0864

Título
MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS EN LA UCMA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Autores:
YAGÜE LOPEZ ROCIO, BURZURI LAFUENTE PATRICIA, ROSEL MOUSSET FELICIDAD

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: Enfermedades de oftalmología, traumatología, otorrinolaringología.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hay intervenciones programadas que tienen que ser aplazadas o suspendidas por una preparación inadecuada del paciente y/o de la Historia Clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la gestión en la UCMA para disminuir el índice de intervenciones programadas que se tienen que anular.

MÉTODO
Interacción con los diferentes servicios implicados en la programación de las intervenciones quirúrgicas.(Admisión, archivos, consultas externas, quirófono...)
Identificación de las posibles incidencias mediante la revisión de las Historias Clínicas.
Registro de las cancelaciones.
Sustitución de pacientes programados.

INDICADORES
1.Nº de intervenciones quirúrgicas canceladas/Nº total de intervenciones.
2.Nº de intervenciones realizadas tras detectar incidencias / Nº de intervenciones canceladas.
Fuentes de datos obtenida de los pacientes programados en la UCMA del 1/2/2019 al 31/5/2019.

DURACIÓN
Duración 4 meses, se comienza la recogida de datos el 1/2/2019 hasta el 31/5/2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0864

1. TÍTULO

MEDIDAS DE MEJORA PARA EVITAR LA CANCELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CMA (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1175

1. TÍTULO

DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ERNESTO ARROYO RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VAL MANSOUR SAMI
GARCIA AGUILERA DAVID
LARRIBA JAIME ANGEL
IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL
SANTA MARIA TORROBA MARIA AMPARO
IBAÑEZ JULIAN ANDRES
SANCHO SOLAN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Previa a la realización de las guías de recomendaciones postquirúrgicas en pacientes intervenidos de artroscopia se realizó una revisión bibliográfica en las principales páginas web de sociedades y asociaciones de cirugía ortopédica y Traumatología (Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología "SECOT", Sociedad Aragonesa de Cirugía Ortopédica y Traumatología "SARCOT"), Artroscopia (Asociación Española de Artroscopia "AEA"), Rehabilitación (Sociedad Española de Medicina física y Rehabilitación "SERMEF" y fisioterapia (Sociedad Española de Fisioterapia "SEFID"). Además, se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Medline y GuiaSalud para disponer de la información más actualizada y adaptarnos a los procesos quirúrgicos que realizamos en nuestro centro hospitalaria.

Tras disponer de la información y bibliografía actual aportada por los distintos miembros del plan de mejora se realizó una reunión para poner en común todos los documentos e iniciar la elaboración de los documentos relativos a cada una de las articulaciones.

Con el fin de mantener una homogeneidad en todos los documentos realizados se siguió el siguiente esquema:

INTRUCCIONES PARA EL PACIENTE TRAS LA CIURGÍA DE LA (ARTICULACIÓN):

Instrucciones Generales

Actividades

Extremidad (...) intervenida

Signos y síntomas para acudir a urgencias hospitalaria en el caso de complicaciones

Ejercicios con iconografía.

Finalmente se planteó realizar 4 documentos informativos: rodilla, mano, hombro y cadera. En el segundo semestre de 2018 se realizaron los documentos de rodilla y mano y en el primer semestre se están elaborando los de hombro y cadera. El formato del documento sigue unas mismas instrucciones generales detalladas previamente en los 5 apartados.

A finales de noviembre se disponía ya del documento informativo de rodilla y mano y tras la aprobación y visto por la mayoría simple de los componentes del grupo de mejora se inició a adjuntar en el informe de alta hospitalaria del servicio de cirugía ortopédica y traumatología las recomendaciones correspondientes a la cirugía artroscópica de rodilla y mano que son principalmente cirugías que precisan de un ingreso o se realizar en régimen sin ingreso en la unidad de Cirugía Mayor sin ingreso (CMA) del HNSG. Desde enero del 2019 se adjunta el documento en pacientes intervenidos de rodilla o mano.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El plan de mejora está planteado que finalizar en Junio 2019 por lo que dividimos el trabajo de realización de los documentos de las correspondientes articulaciones en 2 periodos, finales de 2018 y el segundo principios de 2019. Los resultados alcanzados han sido hasta la fecha actual (marzo 2019)

Elaboración del documento informativo de rodilla: 100%

Aprobación diciembre 2018

Elaboración del documento informativo de mano: 100%

Aprobación diciembre 2018

Elaboración del documento informativo de hombro: 40%

Elaboración del documento informativo de cadera: 20%

Encuesta de satisfacción: elaboración 100%, pendiente de aprobación por el grupo.

Encuesta de satisfacción. Pendiente de aprobar por el grupo para iniciar inmediatamente a ponerla en marcha y conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en nuestra unidad del HNSG.

Desde enero de 2019, se adjunta el documento a pacientes intervenidos de rodilla o mano en todos los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de una guía incluida junto al informe de alta hospitalaria detallando en 5 apartados los cuidados postquirúrgicos, instrucciones generales, actividades permitidas, descripción de las características de la extremidad intervenida, signos y síntomas para acudir a urgencias hospitalaria en el caso de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1175

1. TÍTULO

DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

complicaciones y ejercicios con iconografía ayuda a realizar una recuperación funcional más rápida, menor periodo de rehabilitación y menor número de complicaciones como por ejemplo rigidez articular. Actualmente, el proyecto de plan de mejora se encuentra en su ecuador ya que falta realizar dos articulaciones pero los resultados obtenidos en los pacientes de rodilla y mano nos conducen a pensar que gracias a las guías el periodo de rehabilitación será menor y el grado de satisfacción del paciente mucho mayor, resultado que esperamos obtener en las encuestas de satisfacción.

7. OBSERVACIONES.

Se dispone del documento en pdf, si desean se podría adjuntar o remitir.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1175 ===== ***

Nº de registro: 1175

Título
DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
ARROYO RUBIO ERNESTO, VAL MANSOUR SAMI, GARCIA AGUILERA DAVID, LARRIBA JAIME ANGEL, IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL, SANTA MARIA TORROBA MARIA AMPARO, IBAÑEZ JULIAN ANDRES, SANCHO SOLAN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Abril de 2017 comenzó a funcionar la Unidad de Cirugía Artroscópica y Hombro en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, habiéndose realizado desde entonces más de 100 procedimientos incluyendo cirugías de rodilla, hombro, codo, cadera y tobillo. Se trata de cirugías que se llevan a cabo bien en régimen ambulatorio o con ingreso hospitalario de 24 horas. Los pacientes al ser dados de alta son valorados por el Servicio de Rehabilitación si se considera necesario y reciben información verbal acerca de los cuidados, precauciones y ejercicios a realizar antes de comenzar el proceso de Rehabilitación reglado. Hemos detectado que una gran mayoría de pacientes cuando acuden a la primera consulta de revisión no han llevado a cabo correctamente el plan de tratamiento postoperatorio lo cual en ocasiones genera un enlentecimiento en su recuperación funcional e incrementa las necesidades de tratamiento rehabilitador empeorando la percepción de calidad en la atención recibida.

RESULTADOS ESPERADOS

Pensamos que es necesario incluir junto con el informe de alta un protocolo detallado de cuidados y ejercicios a realizar hasta ser revisados en consulta de COT / Rehabilitación en todos los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica con el objetivo de conseguir obtener el máximo beneficio de la realización de técnicas mínimamente invasivas. Se trataría de un documento escrito en el que se incluiría además iconografía que ayude a su mejor comprensión por parte del paciente.

MÉTODO

Realizar reuniones entre los componentes del grupo de mejora (COT, Rehabilitación, Enfermería de Hospitalización) para consensuar los diferentes planes de actuación en función de la cirugía realizada. Posteriormente elaborar los documentos relativos a cada articulación y una vez revisados y acordados proceder a su impresión para poder comenzar a incorporarlos en el proceso de alta hospitalaria de la Unidad, indicando y explicando claramente al paciente la pauta a seguir hasta que sea revisado en consultas.

INDICADORES

- Número de pacientes intervenidos en la Unidad / Número de pacientes que reciben la guía al alta. Objetivo 100%
- Encuesta de satisfacción a cumplimentar por el paciente en la primera consulta de revisión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1175

1. TÍTULO

DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

DURACIÓN

Fecha prevista inicio Septiembre 2018
Fecha prevista finalización Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 - 2018/0893

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DE "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 04/03/2019

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.
Modificación del manual visual de funcionamiento por cambio del programa informático en los meses de mayo a septiembre de 2018. Para ello se utilizaron los recursos informáticos existentes.
Formación del personal de la unidad en los meses de noviembre y diciembre de 2018 mediante charlas con apoyo del propio manual visual modificado.
Implementación del uso del manual en enero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El personal que trabaja en la central de esterilización desarrolla sus actividades de acuerdo con el manual visual modificado. El personal eventual o de nueva incorporación tiene en dicho manual su referente ante posibles dudas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El personal de la central de esterilización valora muy positivamente las modificaciones realizadas en el manual visual ya que les permite realizar con mayor seguridad su trabajo diario y se evita la variabilidad en las acciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/893 ===== ***

Nº de registro: 0893

Título
MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA 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 .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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. UTILIZAMOS EL METODO "HAMLON" PARA LA DETECCION Y PRIORIZACION, OBTENIENDO COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA MÁS PUNTUADA LA ELABORACION DE LA GUIA VISUAL.
EN ABRIL DE 2018 SE INSTALA LA NUEVA VERSION DEL PROGRAMA DE TRAZABILIDAD, POR LO QUE DEBEMOS MODIFICAR LA GUIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0893

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DE "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

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. MODIFICAR EL MANUAL VISUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL.
2. ACTUALIZAR LA GUIA PRACTICA DE LOS PROCESOS.
3. FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION.
4. IMPLEMENTACION.
5. EVALUACION

INDICADORES

1. SE MODIFICA LA GUIA.
2. NUMERO DE PERSONAS QUE HAN RECIBIDO FORMACION.

DURACIÓN

1. MAYO-SEPTIEMBRE 2018: MODIFICACION DE LA GUIA
2. NOVIEMBRE/DICIEMBRE 2018: FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
3. ENERO 2019: IMPLEMENTACION
4. MAYO 2019: EVALUACION

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0865

1. TÍTULO

DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR ANBULATORIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MONTSERRAT MIRET BERNAL
· Profesión TCAE
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ LAFUENTE MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ENCUESTAS REALIZADAS AL ALTA DE LOS PACIENTES QUE HAN A SIDO INTERVENIDOS DE CATARATAS EN C.M.A.
SE REALIZO DURANTE UNA SEMANA DEL MES DE OCTUBRE DEL 2019 Y OTRA SEMANA DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2019.
VALORAMOS LA ANSIEDAD EN EL MOMENTO DE SU ACOGIDA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 144(PACIENTES CON EL MÁXIMO GRADO DE SATISFACCIÓN) DIVIDIDO POR EL TOTAL DE PACIENTES 164 = 0´87
INDICADOR 19 PACIENTES BASTANTES SATISFECHOS DIVIDIDO POR EL TOTAL DE PACIENTES 164 = 0´11
INDICADOR DE PACIENTES POCO SATISFECHOS 8 DIVIDIDO POR EL TOTAL DE PACIENTES 164 = 0´048

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
RECEPCIÓN Y ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON ACTITUD EMPATICA M,ANTENIENDO UN CONTACTO AFECTIVO: SENSORIAL Y VERBAL
COMPROBANDO ASÍ EL ESTADO DE ANIMO CON EL QUE LLEGAN. ESTO AYUDA MUCHO A DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL PACIENTE Y DA
TRANQUILIDAD A LOS FAMILIARES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/865 ===== ***

Nº de registro: 0865

Título
DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR ANBULATORIA DEL
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Autores:
ALFARO GARATE MARIA PILAR, LOPEZ LAFUENTE MARIA DEL CARMEN, MIRET BERNAL MONTSERRAT

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: ENFERMEDADES DE OJOS, ENFERMEDADES DE TRAUMATOLOGIA, ENFERMEDADES DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y
ENFERMEDADES DE GINECOLOGIA.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LOS PACIENTES QUE VAN HA SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR ANBULATORIA, SI AL LLEGAR CON UN ESTADO DE
ANSIEDAD ELEVADO PODRIA AFECTAR LA CIRUGIA

RESULTADOS ESPERADOS
DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN HA SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR ANBULATORIA EN EL
RECIBIMIENTO, ATENUANDO ESTE ESTADO DENTRO DE NUESTRA COMPETENCIA COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

MÉTODO
TEST DE CALIDAD Y VALORACION A NIVEL ANSIEDAD SOBRE UNA ESCALA DEL 0 AL 5

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0865

1. TÍTULO

DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR ANBULATORIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

INDICADOR CUANTITATIVO E INDICADOR CUALITATIVO

DURACIÓN
TRES MESES.
DEL 1 DE ENERO DEL 2019 AL 31 DE MARZO DEL 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1058

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE SONIA IRIARTE RAMOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REBOLLAR TORRES ELENA
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE
GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA
SUÑER SUÑER SILVIA
ZORRILLA GRACIA MARIA JOSE
LANGARITA HERNANDEZ JAVIER
SIERRA MANZANARES CELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas según calendario previsto han sido:

- Creación un grupo de trabajo.
- Elaboración un programa informático adecuado a las necesidades de la planta.
- Formación del personal sanitario.
- Implantación del programa.
- Medición de indicadores.
- Comunicación al personal de los resultados obtenidos.
- Establecimiento de medidas de mejora.

Se ha precisado colaboración del Servicio de Informática para la ubicación del programa en soporte digital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1) Resultados obtenidos:

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Estandarización del programa informático de control de caducidades.
- Formación al personal de planta en la correcta colocación e identificación de los medicamentos próximos a caducar.
- Utilización de los medicamentos antes de su caducidad.
- Evitar efectos no deseados en los pacientes con la consecuente mejora en su seguridad.
- Reducción el tiempo empleado por los profesionales en la comprobación de caducidades.
- Mejora de la comunicación entre los profesionales.
- Ayuda a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimización en la utilización de recursos humanos y materiales.

2) Seguimiento de los indicadores del proyecto:

- % medicamentos caducados no devueltos a servicio de farmacia en tiempo adecuado: 0%
- % medicamentos con fecha próxima a caducar devueltos y redistribuidos en otras plantas: 99%
- % de utilización del programa (eliminación fechas subsanadas y actualización nuevas fechas de caducidad): 99%
- % satisfacción del personal que lo emplea: 100%

Se ha considerado resultado correcto la "devolución en fecha de los medicamentos próximos a caducar", "Utilización adecuada del programa" y "Grado satisfacción del personal que lo usa".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La incorporación de la tecnología (programa informático) para reducir el tiempo destinado al control, retirada y reposición de los fármacos de la unidad, ha favorecido la eficiencia en la gestión de tiempos del personal implicado, previendo riesgos en la salud, aumentando la calidad de la atención prestada a los pacientes y permitiendo el uso racional de los recursos sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1058 ===== ***

Nº de registro: 1058

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1058

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA

Autores:
IRIARTE RAMOS SONIA, REBOLLAR TORRES ELENA, DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA, SUÑER SUÑER SILVIA, ZORRILLA GRACIA MARIA JOSE, LANGARITA HERNANDEZ JAVIER, SIERRA MANZANARES CELIA

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: Abarca toda patología ingresada
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La elevada carga asistencial de las unidades de hospitalización reduce el tiempo disponible para la revisión de las fechas de caducidad de los medicamentos existentes en los botiquines de planta. Un medicamento que no reúne las condiciones de seguridad necesarias (caducidad, correcta identificación, embalaje deteriorado...), puede conducir a una potencial iatrogenia con el consecuente impacto asistencial y económico. Todo ello hace fundamental la implantación de medidas que faciliten el control de las caducidades y la correcta conservación de los medicamentos, de manera que aquellos próximos a su fecha de caducidad puedan ser utilizados en otros servicios. La posibilidad de incorporar la tecnología para reducir este trabajo rutinario aumenta la eficiencia en la gestión de tiempos del personal implicado, previene riesgos en la salud, aumenta la calidad de la tención prestada a los pacientes y permite el uso racional de los recursos sanitarios.

Métodos de detección y priorización empleados:

Tras la formación de un grupo de trabajo para identificar los problemas y las oportunidades de mejora, se hizo una selección y posterior priorización mediante la técnica de Hanlon, siendo lo más puntuado la implantación de un programa informático para seguir con detalle la fecha de caducidad de los medicamentos de planta (stock, carro paradas, estupefacientes, termolábiles, nutrición enteral, sueros,...etc.) que facilite su reemplazo y posible utilización en otros servicios antes de su caducidad.

Importancia y utilidad del proyecto:

- Repercute directamente en la seguridad de los pacientes y en el coste sanitario, colaborando en la prestación de una atención sanitaria eficiente y de calidad.
- Estandariza un procedimiento para el control de caducidades en las diferentes plantas del hospital.
- Promueve la cultura de gestión adecuada de los medicamentos en las unidades de hospitalización.
- Sensibiliza, conciencia y formar al personal sanitario en las medidas a adoptar para una correcta gestión de caducidades.

Situación de partida:

- Variabilidad de los métodos de control de caducidades entre las diferentes plantas.
- Elevado tiempo de dedicación a su comprobación.
- Falta de un medio que facilite la comprobación, renovación y utilización de los medicamentos próximos a caducar.

Las posibles causas que se determinaron según el diagrama de Ishikawa fueron:

- Falta de programa.
- Elevada carga asistencial.

La principal fuente de información fue obtenida del trabajo diario de los componentes del equipo de trabajo y de la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

RESULTADOS ESPERADOS

- Crear de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Estandarizar un programa informático de control de caducidades.
- Formar al personal de planta en la correcta colocación e identificación de los medicamentos próximos a caducar.
- Utilización de los medicamentos antes de su caducidad (en esta o en otras unidades).
- Evitar efectos no deseados en los pacientes con la consecuente mejora en su seguridad.
- Reducir el tiempo empleado por los profesionales en la comprobación de caducidades.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales.
- Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1058

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA

MÉTODO

- Actividad 1ª: Crear un grupo de trabajo.
 - Actividad 2ª: Elaborar un programa informático y adecuarlo a las necesidades de la planta.
 - Actividad 3ª: Formar al personal sanitario.
 - Actividad 4ª: Implantar el programa.
 - Actividad 5ª: Medición de indicadores para ver si se aplican las medidas de forma correcta.
 - Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.
 - Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias.
- Los responsables son tanto el farmacéutico como el personal de enfermería responsable de la Unidad de Orto geriatria. Ellos de forma conjunta usarán el programa, formarán al personal y medirán los indicadores.

INDICADORES

- % medicamentos caducados no devueltos a servicio de farmacia en tiempo adecuado.
 - % medicamentos con fecha próxima a caducar devueltos y redistribuidos en otras plantas
 - % de utilización del programa (eliminación fechas subsanadas y actualización nuevas fechas de caducidad).
 - % satisfacción del personal que lo emplea.
- Se considerará resultado correcto la "devolución en fecha de los medicamentos próximos a caducar", "Utilización adecuada del programa" y "Grado satisfacción del personal que lo usa".

DURACIÓN

Calendario (Abril 2018-Diciembre 2018):

- Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo. Abril 2018.
- Actividad 2ª: Selección del programa informático y adecuación a las necesidades de la planta. Abril 2018.
- Actividad 3ª: Formar al personal sanitario. Mayo 2018.
- Actividad 4ª: Implantación del programa. Junio 2018.
- Actividad 5ª: Medición de indicadores para ver si se aplican las medidas de forma correcta. Diciembre 2018.
- Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Diciembre 2018.
- Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias. Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1209

1. TÍTULO

CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO ANDRES ARRIBAS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha estudiado, catalogado, e investigado el legado farmacéutico aragonés conservado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para intentar ponerlo en valor del Salud y de la sociedad. También forma parte física de la misma, la antigua, farmacia Ríos datada del año 1895 que esta reubicada en el mismo Hospital.
2. Se ha realizado un inventario sobre los fondos conservados en el Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para, de esta forma, dar paso a una posterior catalogación y estudio de los mismos.
3. Se ha estudiado la evolución de la farmacia en los siglos XIX y XX, período que se encuadra el paso de la época preindustrial a la industrial de la profesión farmacéutica.
4. Se da a conocer la complejidad de los ámbitos tecnológicos, farmacológicos y terapéuticos de los medicamentos, de las farmacias del hospital y de la oficina de farmacia.
5. Por último se han recopilado y ordenado los fondos existentes de los distintos libros, documentos e inventarios mediante las fuentes primarias y secundarias utilizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha diseñado la ficha de catalogación
- 210 catalogados/ 210 albarellos del Botamen I.
- 86 Drogas contenidas en el Botamen/ 86 Botes con producto.
- 100 Botes catalogados/ 100 albarellos Botamen II.
- 200 frascos catalogados/143 frascos de cristal(se han encontrado nuevos)
- 280libros catalogados/ 298 libros de los siglos XIX y comienzos del XX.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conservación, estudio y puesta en conocimiento de una parte importante del patrimonio histórico farmacéutico aragonés, que se encuentra ubicado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza ha sido una obligación ética, debido al gran valor histórico, científico, profesional e incluso económico de los fondos estudiados.
El patrimonio histórico sanitario aragonés dependiente del Salud no tiene interés de ningún tipo para el Servicio Aragonés de la Salud, por lo que se está perdiendo toda nuestra historia. Se actúa en sentido contrario al de otras comunidades autónomas y centros sanitarios públicos y privados.
Este trabajo quiere dar a conocer ese patrimonio tan importante que se quiere esconder y olvidar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1209 ===== ***

Nº de registro: 1209

Título
CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

Autores:
ANDRES ARRIBAS IGNACIO

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: Población general y acompañantes en el hospital
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1209

1. TÍTULO

CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia contiene una de las más completas colecciones de objetos relacionados con la práctica de la actividad farmacéutica y el medicamento en Aragón. Para ello se debe proceder a la catalogación de todo su contenido. Destacan las colecciones de albarelos de cerámica, frascos de cristal, morteros e instrumentos hospitalarios. Se han agrupado atendiendo a su finalidad, en recipientes para la conservación de simples o preparados medicinales y utensilios relacionados con las fases de elaboración y administración de medicamentos, además de la documentación, libros recetarios y publicidad farmacéutica

RESULTADOS ESPERADOS

La conservación, estudio y puesta en valor de una parte importante del patrimonio histórico farmacéutico aragonés, que se encuentra ubicado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Está compuesto por dos farmacias históricas de finales del siglo XIX, una farmacia de hospital y una oficina de farmacia. Se expone su regulación, catalogación y estudio del mobiliario, instrumentos, objetos, medicamentos, libros y documentos de un periodo preindustrial de la farmacia.

MÉTODO

1. Estudiar, catalogar, preservar, poner en valor e investigar el legado farmacéutico aragonés conservado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. También forma parte física de la misma, la antigua, farmacia Ríos datada del año 1895 que esta reubicada en el mismo Hospital.
2. Realizar un inventario sobre los fondos conservados en el Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para, de esta forma, dar paso a una posterior catalogación y estudio de los mismos.
3. Plasmar la evolución de la farmacia en los siglos XIX y XX, período que se encuadra el paso de la época preindustrial a la industrial de la profesión farmacéutica.
4. Exponer la complejidad en los ámbitos tecnológicos, farmacológicos y terapéuticos de los medicamentos, de las farmacias del hospital y de la oficina de farmacia.
5. Recopilar ordenar los fondos existentes de los distintos inventarios mediante las fuentes primarias y secundarias utilizadas.

INDICADORES

- Diseñar la ficha de catalogación
- Nº Botes catalogados/ 210 albarelos del Botamen I.
- Nº Drogas contenidas en el Botamen/ Nº Botes con producto.
- Nº Botes catalogados/ 100 albarelos Botamen II.
- Nº frascos catalogados/143 frascos de cristal •
- Nº libros catalogados/ 298 libros de los siglos XIX y comienzos del XX.

DURACIÓN

Iniciada la catalogación en 2017
Fecha prevista de terminación: Junio 2019
Prevista la edición en página web y en formato de libro
Responsable: Ignacio Andrés Arribas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0406

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA REBOLLAR TORRES
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES ARRIBAS IGNACIO
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE
MORLANES NAVARRO TERESA
CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER
LARA NAVARRO EMMA MARIA
SALVADOR GOMEZ TRANSITO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Coordinación de todos los servicios implicados en el proyecto: 1.a. Servicio de Farmacia, Servicio de Geriatría y Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Nuestra Señora de Gracia. 1.b. Servicio de Farmacia y Servicio de Bioquímica del Hospital Clínico Lozano Blesa. 1.c. Transporte de las muestras.
2. Elaboración de un protocolo de implantación de la monitorización y seguimiento.
3. Presentación del protocolo al grupo PROA.
4. Reuniones informativas a los servicios implicados del Hospital Nuestra Señora de Gracia, tanto a los facultativos y residentes, como al personal de enfermería.
5. Informe farmacocinético de todas las monitorizaciones realizadas.
6. Información de resultados al grupo PROA del Hospital.
7. Información de resultados al Servicio de Geriatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Porcentaje de pacientes en tratamiento con vancomicina a los que se realiza seguimiento clínico (dosis, pauta, indicación...): 10/10 = 100% (Evaluación estándar 100%)
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con vancomicina a los que se realiza monitorización: 9/10 = 90% (Evaluación estándar 80-90%)
- Porcentaje de muestras que llegan en tiempo y hora al HCU: 9/10 = 90% (Evaluación estándar 100%)
- Porcentaje de pacientes monitorizados en los que se elabora informe farmacocinético: 9/9 = 100 % (Evaluación estándar 100%)
- Porcentaje de aceptación de las recomendaciones realizadas en los informes farmacocinéticos: 9/9 = 100 % (Evaluación estándar 80-90%)
- Número de sesiones informativas realizadas > 1. Se han realizado dos sesiones: Fecha 13.2.2019: "Monitorización farmacocinética de vancomicina". Fecha 29.10.2019 Sesión acreditada: "Implantación de un programa de monitorización farmacocinética de vancomicina". 100% (Evaluación estándar 100%)
- Informes de difusión de resultados > 1. En la sesión acreditada de 29.10.2019 y en las del grupo PROA. 100% (Evaluación estándar 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la monitorización de los niveles farmacocinéticos de vancomicina en el Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) se ha constatado lo conocido desde hace años a raíz de los estudios publicados, y es la importante variabilidad inter e intraindividual en función del estado del paciente y de su evolución clínica, y la necesidad de individualizar las dosis utilizadas. Esta individualización posológica nos ha permitido optimizar el tratamiento (no administrar dosis supraterapéuticas ni subterapéuticas) y aportar calidad al proceso asistencial. Se ha podido utilizar de forma segura vancomicina, antibiótico glucopéptido de eliminación mayoritariamente renal, cuyos efectos adversos por sobredosificación pueden llegar a ser graves e irreversibles. El desarrollo del circuito ha sido complicado al no poder determinar en el HNSG los niveles de vancomicina y tener que derivar las muestras al Servicio de Bioquímica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU). Se ha necesitado la colaboración del laboratorio de este hospital, la coordinación con el transporte del Sector I para que las muestras llegasen directamente a la 4ª planta (Servicio de Bioquímica HCU), fijar las horas de extracción en horario de tardes para que pudiese enviarse en el turno de las 7 h de la mañana... El trabajo conjunto con el Servicio de Farmacia del HCU ha sido indispensable para la rápida comunicación del resultado que nos ha permitido contactar con el facultativo prescriptor y proceder a la adecuación de la pauta de forma rápida. Ha sido el Servicio de Farmacia del HCU el que ha elaborado los informes farmacocinéticos.

7. OBSERVACIONES.

El desarrollo del protocolo y sus inicios en la implantación han sido costosos por la necesidad de coordinar diferentes servicios y hospitales. Sin embargo, sí ha sido efectivo, ya que la utilización segura de vancomicina ha ayudado a reservar otras terapias y ha contribuido a evitar resistencias, uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial. Este proyecto se ha enmarcado en las actividades del grupo PROA del HNSG.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0406

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/406 ===== ***

Nº de registro: 0406

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE VANCOMICINA

Autores:
REBOLLAR TORRES ELENA, ANDRES ARRIBAS IGNACIO, DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, MORLANES NAVARRO TERESA, GOMEZ SALVADOR TRANSITO, CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER, LARA NAVARRO EMMA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Utilización segura y eficaz de vancomicina

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
De entre los procesos clave de los Servicios de Farmacia Hospitalaria se encuentra la Atención Farmacéutica al paciente interno, externo y ambulante. Este proyecto identifica la mejora en la Atención Farmacéutica al paciente interno a través de la monitorización farmacocinética de antibióticos, en concreto de vancomicina, antibiótico glucopéptido descubierto en 1956 que actúa preferentemente sobre bacterias Gram+. Se trata de un antibiótico de uso hospitalario, de eliminación mayoritariamente renal y cuyos efectos adversos por sobredosificación pueden llegar a ser graves e irreversibles. El Servicio de Geriátrica, con la Unidad de Orto geriátrica, incluye pacientes en los que la función renal puede verse alterada, ya sea por la edad, por su patología o por el tratamiento concomitante con otros fármacos nefrotóxicos, lo cual puede afectar a la eliminación de este antibiótico. La monitorización de sus concentraciones plasmáticas es una de las principales estrategias para mejorar los resultados clínicos de su utilización. El informe farmacocinético individualizado y sus recomendaciones, permitirá disminuir los efectos adversos y aumentará la efectividad del tratamiento al evitar dosis subterapéuticas. La utilización segura de vancomicina ayudará a reservar otras terapias y contribuirá a evitar resistencias, uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial. Al no poder disponer del Kit de determinación de niveles en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, se hace necesaria la coordinación de diferentes Servicios de nuestro hospital y del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, además del transporte de muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Enmarcado en el programa PROA del hospital, el principal objetivo de este proyecto es la implantación de un programa de monitorización farmacocinética de vancomicina.
Población diana: todos los pacientes tratados con vancomicina en el Servicio de Geriátrica y la Unidad de Orto geriátrica.

MÉTODO
- Coordinación de todos los servicios implicados en el proyecto: Servicio de Farmacia, Servicio de Geriátrica y Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Nuestra Señora de Gracia; Servicio de Farmacia y Servicio de Bioquímica del Hospital Clínico Lozano Blesa; Transporte de las muestras.
- Elaboración de un protocolo de implantación de la monitorización y seguimiento.
- Presentación del protocolo al grupo PROA.
- Reuniones informativas a los servicios implicados del Hospital Nuestra Señora de Gracia, tanto a los facultativos y residentes, como al personal de enfermería.
- Informe farmacocinético de todas las monitorizaciones realizadas.
- Información de resultados al grupo PROA del Hospital.
- Información de resultados al Servicio de Geriátrica.
Por las características de nuestro hospital, no nos es posible disponer del kit de determinación de niveles de vancomicina, por lo que se ha tenido que contactar con el Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Lozano Blesa y es el Servicio de Bioquímica de dicho hospital quien determina los niveles de las muestras extraídas en nuestro hospital y que son procesadas previamente en nuestro laboratorio. Tal tarea ha necesitado la coordinación de diferentes servicios y unidades de ambos hospitales.

INDICADORES
Evaluación longitudinal con recogida y análisis de los datos de forma periódica.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con vancomicina a los que se realiza seguimiento clínico (dosis,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0406

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA

- pauta, indicación...). Evaluación estándar 100%
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con vancomicina a los que se realiza monitorización. Evaluación estándar 80-90%
 - Porcentaje de muestras que llegan en tiempo y hora al HCU. Evaluación estándar 100%
 - Porcentaje de pacientes monitorizados en los que se elabora informe farmacocinético. Evaluación estándar 100%
 - Porcentaje de aceptación de las recomendaciones realizadas en los informes farmacocinéticos. Evaluación estándar 80-90%
 - Número de sesiones informativas realizadas > 1. Evaluación estándar 100%
 - Informes de difusión de resultados > 1. Evaluación estándar 100%

DURACIÓN

Fecha de inicio: enero 2019

Fecha de finalización: diciembre 2019.

Calendario:

- Actividad 1ª: Elaboración del protocolo.
- Actividad 2ª: Aprobación del protocolo por el grupo PROA.
- Actividad 2ª: Presentación del protocolo en sesiones clínicas.
- Actividad 3ª: Implantación del programa.
- Actividad 4ª: Medición y recogida de datos prospectiva.
- Actividad 6ª: Comunicación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0890

1. TÍTULO

REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SONIA IRIARTE RAMOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REBOLLAR TORRES ELENA
FERRER BALSALOBRE MARIA LUISA
LAZAR DANIELA
BUSTOS SAENZ MARIA JESUS
ALCAZAR RODRIGUEZ MARIA ANGELES
RIPOLLES SANCHO RAFAEL
CALVO HORNILLOS PEDRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas según calendario previsto han sido:
- Formación de un grupo de trabajo.
- Revisión de los puestos de trabajo y tareas adscritas a cada uno de ellos.
- Elaboración del manual de actividades.
- Implantación del manual de actividades.
- Medición de indicadores.
- Comunicación al personal los resultados obtenidos.
- Establecimiento de medidas de mejora.

Los responsables son todo el grupo de trabajo que conforma la Unidad de Farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados obtenidos:
- Unificación criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
- Mejora de la comunicación entre los profesionales.
- Reducción factores de riesgo que favorezcan resultados erróneos.
- Estandarización todas las medidas y actuaciones en farmacia.
- Ayuda a los profesionales de nueva incorporación.
- Disminución la aparición de errores.
- Optimización la utilización de recursos humanos y materiales.
- Reducción de la incidencia de resultados erróneos.
- Creación de un grupo de trabajo.

Seguimiento de los indicadores del proyecto:
- Porcentaje de plantilla de farmacia que tiene conocimiento del contenido del manual de funcionamiento: 100%
- Porcentaje de plantilla de correturnos que tiene conocimiento del contenido del manual de funcionamiento: 100%
Se considera resultado correcto:
"100% de la plantilla de farmacia tenga conocimiento del contenido de dicho manual"
"65% de la plantilla de correturnos que pasa por el servicio de farmacia tenga conocimiento del contenido de dicho manual"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La incorporación del manual al servicio, ha favorecido, unificar criterios respecto al cronograma/ distribución de las tareas diarias y ante cualquier incidencia.
Además ha servido de guía al personal de nueva incorporación, como al personal de correturnos.
Todo ello se ha traducido en una optimización de los recursos, reducción de errores y mejora del clima laboral.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/890 ===== ***

Nº de registro: 0890

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0890

1. TÍTULO

REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Título

REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Autores:

IRIARTE RAMOS SONIA, FERRER BALSALOBRE MARIA LUISA, LAZAR DANIELA, BUSTOS SAENZ MARIA JESUS, ALCAZAR RODRIGUEZ MARIA ANGELES, RIPOLLES SANCHO RAFAEL, CALVO HORNILLOS PEDRO JOSE

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: TODA PATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las unidades de Farmacia son Unidades, donde son necesarios una serie de conocimientos por parte del personal de enfermería (Enfermeros, TAF, Técnicos, TCAE) para su correcto funcionamiento. Para ello es fundamental disponer de un manual de consulta que sirva como referencia al personal para unificar criterios, evitar errores, mejorar la calidad asistencial y con ello reducir el gasto sanitario.

Métodos de detección y priorización empleados:

Tras la formación de un grupo de trabajo para valorar los problemas que se dan 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 elaboración de un manual de actividades de la unidad de farmacia del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Importancia y utilidad del proyecto:

? Importante repercusión del resultado en el tratamiento del paciente.
? Evitar la variabilidad en la forma de trabajo de los profesionales.
? Mejorar la calidad asistencial.
? Creación de un manual de intervenciones en secuencia de acuerdo con un marco de referencia.
? Evitar complicaciones.
? Disminuir el nº de resultados erróneos.
? Unificar criterios de actuación.
? Sensibilizar y formar al personal.
? Mejorar las relaciones interprofesionales.

Situación de partida:

Una misma línea de actuación es un pilar fundamental para el buen funcionamiento de una unidad. La concreción de las actividades-tareas a realizar en cada uno de los diferentes puestos de trabajo que conforman la unidad de farmacia, evita la variabilidad en la forma de trabajo, disminuye errores, favorece buenos resultados, mejora la comunicación interprofesional y facilita la incorporación de nuevos profesionales a la unidad. La evolución en el tiempo y la adaptación a las nuevas demandas asistenciales, plantea la necesidad de actualizar las líneas anteriores de actuación que hayan podido quedar obsoletas.

Causas:

En una unidad de farmacia, son muchas las tareas a realizar según el puesto de trabajo, desde la recepción de productos farmacológicos y su colocación en el almacén, hasta la preparación de pedidos, envasado de dosis, preparación de carros unidos, de nutriciones parenterales totales (NTP)...etc. Todo con la consiguiente repercusión y riesgo para la salud de los pacientes que tiene la administración de un medicamento caducado, erróneamente preparado o administrado a la persona no adecuada.

Fuentes de información:

La principal fuente de información fue obtenida del trabajo diario de los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar otras como la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

RESULTADOS ESPERADOS

? Unificar criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
? Mejorar la comunicación entre los profesionales.
? Reducir o eliminar factores de riesgo que favorezcan resultados erróneos.
? Estandarizar todas las medidas y actuaciones en farmacia.
? Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
? Evitar la aparición de errores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0890

1. TÍTULO

REALIZACION DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

- ? Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
- ? Reducir la incidencia de resultados erróneos.
- ? Crear de un grupo de trabajo.

MÉTODO

- Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo.
 - Actividad 2ª: Revisión de los puestos de trabajo y tareas adscritas a cada uno de ellos.
 - Actividad 3ª: Elaboración del manual de actividades.
 - Actividad 4ª: Implantación del manual de actividades.
 - Actividad 5ª: Medición de indicadores.
 - Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.
 - Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias.
- Los responsables son todo el grupo de trabajo que conforma la Unidad de Farmacia.

INDICADORES

- ? Porcentaje de plantilla de farmacia que tiene conocimiento del contenido del manual de funcionamiento.
 - ? Porcentaje de plantilla de correturnos que tiene conocimiento del contenido del manual de funcionamiento.
- Se considerará resultado correcto:
"100% de la plantilla de farmacia tenga conocimiento del contenido de dicho manual"
"65% de la plantilla de correturnos que pasa por el servicio de farmacia tenga conocimiento del contenido de dicho manual".

DURACIÓN

- Calendario (Abril 2019-Enero 2020):
- Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo. (Abril 2019)
 - Actividad 2ª: Revisión de los puestos de trabajo y tareas adscritas a cada uno de ellos. (Abril 2019)
 - Actividad 3ª: Elaboración del manual de actividades. (Mayo-Octubre 2019)
 - Actividad 4ª: Implantación del manual de actividades. (Noviembre 2019)
 - Actividad 5ª: Medición de indicadores. (Enero 2020)
 - Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos (Enero 2020)
 - Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias. (Enero 2020)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0128

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA: PARA QUIEN Y COMO

Fecha de entrada: 12/02/2018

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.

GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS
GUAJARDO SIERRA INMACULADA
LETOSA BOLEA VICTORIA
GASPAR RUZ MARIA LUISA
CAMPOS SANZ ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Contacto con Coordinadores de C/S del Sector I
Difundir en los C/S del Sector I (Urbanos) en forma de sesión clínica en los diferentes C/S
Valorar el desarrollo de la actividad en el C/S
Número de pacientes derivados a CAR Geriatria
Número de pacientes aceptados en HDG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Desarrollo de la Actividad en 5 C/S: Amparo Poch, Parque Goya, Actur Norte, La Jota, Arrabal.
-16 pacientes derivados a CAR Geriatria:
4 del C/S Amparo Poch
10 del C/S La Jota
1 del C/S Actur NORte
-56,25% paciente incluidos en HDG
-43,75% pacientes NO cumplen criterios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Mayor derivación desde los C/S después de la sesión informativa
-Mejoría del conocimiento de HDG pero de forma insuficiente
-Realizar un mejor manejo de la información en las seiones informativas.
-Falta de conocimiento de los recursos asistenciales geriátricos
-Falta de conocimiento del acceso al programa de HDG.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2014/128 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0696

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

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.
ARBONA CAMPOS MARIA PILAR
BIBIAN GETINO CLARA MARIA
ROMO CALVO LAURA
LETOSA BOLEA VICTORIA
SANCHO GINER MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DETERMINAR CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE INCLUIDO EN HDG DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2015
VALORACIÓN DE AVD B SEGUN I. BARTHEL ANTES Y DESPUES DE HDG
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
COMORBILIDAD: I. CHARLSON
DETERMINAR UTILIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL Y CINESITERAPIA EN HDG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
103 PACIENTES. 56,3% OCTOGENARIOS. EDAD MEDIA: 82 AÑOS. 63,1% MUJERES. TEST PFEIFFER<O=3: 68,6%. 84% PROCEDEN DE HOSPITALIZACIÓN (15% DE C. EXT).
DEL INICIO DEL CUADRO AL INGRESO EN HDG: 35, 7 DÍAS. 6,84 DÍAS DE LA PETICIÓN DE CONSULTA HASTA EL CAR GERIATRÍA.
39,8% PATOLOGÍA TRAUMATOLÓGICA, 24,3 % PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, OTRAS ENFERMEDADES:33%
COMORBILIDAD: I. CHARLSON: 2,23
POLIFARMACIA: 70%
95% REALIZARON TERAPIA OCUPACIONAL
71% REALIZARON CINESITERAPIA
BUENA ADAPTACIÓN: 94%
I. BARTHEL: >65: PREVIO:15% Y AL ALTA:63%; 45-60 PREVIO:36% Y AL ALTA:16%; 20-45 PREVIO:37% Y AL ALTA: 12%
SE DESGLOSA EL I. BARTEL POR ACTIVIDADES OBSERVANDO MEJORÍA EN TODAS LAS AVD B

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Los pacientes incluidos en HDG son de edad avanzada, con comorbilidad, polifarmacia frecuente y gran deterioro funcional.
-Casi la totalidad realiza sesiones de terapia ocupacional y cinesiterapia, que se relaciona con una mejoría en todas las ABVD, consiguiendo una mayor autonomía en la mayoría de los casos.
-Mejorar el control de medicación
-Potenciar el recurso en Atención Primaria y en Atención Especializada en especial en Neurología y Traumatología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/696 ===== ***

Nº de Registro: 0696

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
ARBONA CAMPOS MARIA PILAR, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, BIBIAN GETINO CLARA MARIA, LETOSA BOLEA MARIA VICTORIA, SANCHO GINER MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0696

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El servicio de Geriátría del Hospital Nuestra señora de Gracia, en su cartera de servicios, incluye el nivel asistencial HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.
La recuperación funcional después de cada proceso agudo de distinta causa es nuestro objetivo de mejora.
El HDG en 2013 atendió a 164 nuevos pacientes, generando 4358 estancias y una asistencia media de 27 sesiones por paciente, desde una perspectiva multidisciplinar.
La edad media de los pacientes del HDG es de 83 años y al ingreso el Índice de Barthel es inferior a 45 puntos en más de la mitad de los casos, polimedicaado y sin deterioro cognoscitivo significativo, siendo en más de la mitad de los casos la procedencia desde las Unidades de Hospitalización del Servicio de Geriátría.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

-Cuantificar el número de estancias necesarias, especificando el tipo.-Descirbir el candidato idóneo.

MÉTODO

-Número de estancias, sesiones de rehabilitación y de terapia ocupacional.
-Cuantificar la recuperación funcional.
-El impacto social y personal.

INDICADORES

- Índice de Barthel.
- Número de estancias.

DURACIÓN

Desde abril del 2015 hasta Diciembre del 2015

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 - 2016/0137

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 Geriatria, 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 Geriatria. 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” (SI-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: pluripatología
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 sociosanitarias. 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 Geriatria, 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 Geriatria.

-Mayo 2016: Presentación del tríptico en la unidad de Geriatria a la que asistieron Dirección y Subdirección de Enfermería, Jefe de servicio, Geriatrias, Supervisoras del hospital, Residentes de Geriatria, Enfermeras y TCAEs de la unidad de Geriatria. 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 Geriatria.
- *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 UTILIZACION DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCION) .: 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: satisfaccíón.
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 - 2018/0132

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA LA INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MESA LAMPRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
CAMPOS SANZ ASUNCION
IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL
LABARI SANZ GENOVEVA
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES
NAVARRO CIRUGEDA MARCELINA
ROMO CALVO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Marzo/18 se realiza una reunión inicial de todos los miembros del equipo para repartir el trabajo a realizar. Las dos fisioterapeutas actualizarán toda la información relacionada con transferencias, deambulación y ejercicios. El traumatólogo analizará la información acerca de la osteoporosis y su tratamiento. Las geriatras, la información relacionada con las caídas y su prevención y las enfermeras lo relacionado con la alimentación y disfagia y úlceras por presión.

Con la finalidad de conocer la opinión de los usuarios, se ponen en marcha de forma simultánea dos encuestas que pasan las geriatras a pacientes y/o cuidadores, una (grupo I) a aquellos durante el ingreso hospitalario acerca de la necesidad de información y otra (Grupo II) a aquellos dados de alta previamente acerca de la información no recibida, es decir echada de menos al llegar al domicilio. Se realizan reuniones parciales de la persona responsable con cada miniequipo de trabajo y una reunión de todo el equipo donde se muestran los resultados de las encuestas y el boceto del folleto final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizan 52 encuestas, 28 a pacientes/familiares/cuidadores hospitalizados (grupo I) y 24 en consulta a pacientes/familiares/cuidadores dados de alta (Grupo II). La media de edad de los encuestados es de 83,4 años los pacientes (32), 59,7 años los familiares (12) y 46 años los cuidadores (8).

Informaciones más demandadas en grupo I: movilidad y transferencias (43%), dietas y nutrición (32%), prevención caídas (25%), complicaciones médicas (21%) y dolor (21%). Mayor preocupación acerca de recuperación de movilidad (43%), complicaciones médicas (36%) y posible mala evolución (25%). En consulta: La mediana de la información facilitada durante el ingreso fue de 6/10 temas diferentes. El mayor sentimiento de información fue acerca de transferencias y ayudas técnicas así como prevención de fractura secundaria. La información menos sentida fue delirium y prevención de UPP. El 75% de los encuestados no echó en falta ninguna información al volver al domicilio. El 25% que necesitó más información, lo hizo sobre temas ya informados, excepto en un caso. La información recibida fue comprensible en el 100% de los casos.

Las principales conclusiones derivadas de la realización de las encuestas fueron: 1. No tiene nada que ver la información emitida con el sentimiento de haberla recibido 2. En una gran mayoría, no observamos diferencias entre los temas informados y aquellos sobre los que quieren ser informados. No obstante, queda clara la necesidad de modificar la forma de hacerlo ya que muchos encuestados no se sintieron informados a pesar de haberlo sido.

Analizados los resultados se comprueba la idoneidad del contenido previsto en el folleto, ya que coincide ampliamente con lo demandado por los encuestados; se considera que algunos de los temas demandados (problemas médicos que pueden surgir durante el ingreso) se tratarán en el futuro folleto a realizar y que será entregado durante la hospitalización y no al alta. Durante los meses siguientes se han ido haciendo diferentes versiones del folleto incluyendo imágenes y poco texto para que fuera más comprensible hasta alcanzar la versión final que ha sido aceptada por el director médico.

El folleto abarca los siguientes puntos:

- 1. Desplazamientos
 - 1.1 Cómo acostarse y cómo levantarse
 - 1.2 Cómo sentarse y levantarse de las sillas
 - 1.3 Cómo caminar
 - 1.4 Cómo subir y bajar escaleras
 - 1.5 cuándo subir a un coche y cómo hacerlo
 - 1.6 Qué ejercicios hacer en casa
- 2 En el cuarto de baño
 - 2.1 Cuándo me puedo duchar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0132

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA LA INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA

- 2.2 Cómo entro en la bañera
- 2.3 Cómo entro en la ducha
- 2.4 Necesitaré elevador de inodoro en casa?
- 3. Cómo evitar una nueva caída
- 4. Aprender a caer y levantarse
- 5. Dieta y disfagia
- 6. Importancia del tratamiento de la osteoporosis

El 12 de febrero se presenta al Servicio de Geriatria y a la Unidad de Ortogeriatría.

Se ha cumplido el standard ya que el folleto está realizado al 100% y se va a presentar al servicio y Unidad de ortogeriatría en el plazo de 5 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo ha trabajado con mucha ilusión y gran profesionalidad. El folleto es comprensible y muy gráfico por lo que creemos que tendrá buena acogida. Consideramos que puede ser de gran utilidad.

Hay posibilidades de maquetación y edición de 170 ejemplares anuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/132 ===== ***

Nº de registro: 0132

Título
MEJORA DE LA INFORMACION: ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA LA INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS INTERVENCION POR FRACTURA DE CADERA

Autores:
MESA LAMPRE MARIA PILAR, ALVAREZ GOMEZ ESTHER, CAMPOS SANZ ASUNCION, IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL, LABARI SANZ GENOVEVA, MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES, NAVARRO CIRUGEDA MARCELINA, ROMO CALVO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde que se creó la Unidad de ortogeriatría hasta la actualidad se ha ido perfeccionando la manera de trabajar y cuidando la información dada a los cuidadores tanto en calidad como cantidad. Actualmente reciben información sobre prevención de caídas, fracturas, movilidad, tratamiento de osteoporosis, ayudas técnicas, etc. dada por fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, enfermeros, nutricionista, ortogeriatra y traumatólogo (desde la unidad de prevención secundaria de fractura por fragilidad (UFRA)).

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar en un solo documento dicha información de forma ordenada, gráfica, útil, comprensible y barata (que sea posible hacerlo en reprografía).
La información irá dirigida a los pacientes atendidos en la unidad de ortogeriatría, es decir, aquellos que causen estancia en la misma por haber presentado una fractura de cadera.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0132

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA LA INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA

MÉTODO

Análisis de toda la documentación que se está repartiendo actualmente a lo largo de todo el proceso. Actualización de la misma por cada integrante del equipo y reunificación de la forma más práctica. Harán falta una reunión de presentación (1), una por cada materia analizada (posturas y desplazamientos, ayudas técnicas, prevención de caídas, tratamiento, nutrición) (5) y una final (1). Total 7 aproximadamente. Sesión de presentación del documento al servicio de Geriatria y Unidad de ortogeriatría.

INDICADORES

El proyecto debe estar acabado en febrero de 2019.

Se considerará alcanzado el estándar si se consigue haber ordenado y unificado todo el material a la espera de la obtención física del cuadernillo que será el límite superior y que ya no depende del grupo de trabajo.

DURACIÓN

- 1ª reunión: marzo 2018 (análisis de la situación)
- trabajo por subgrupos y reuniones con los mismos: De marzo a octubre
- Encuesta a las familias para ver la necesidad de información
- 2ª reunión de todo el equipo: noviembre (puesta en común del trabajo en grupo)
- Presentación del documento: Enero/2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0173

1. TÍTULO

PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO II: DESARROLLO DE ESTRATEGIAS

Fecha de entrada: 20/01/2020

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.
MARTINEZ NAVARRO RAQUEL
PEREZ BERASATEGUI OSCAR
MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE
MESA LAMPRE MARIA PILAR
LARA GUI SANDO ENMA LUZ
MARCO BES TERESA
VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se modificó el formato de valoración funcional al ingreso del paciente en HDG, orientándolo al estudio de sarcopenia y añadiendo escalas que se pasan también al alta del paciente (SARC-F, fuerza prensora, Mini MNA y SPPB). Dicho registro se ha estado usando a modo de prueba durante el último trimestre del año, habiéndonos planteado su diseño final para poder ser valorado por la Comisión de Historias Clínicas y ser empleado como registro definitivo.
- Durante el primer semestre se empezó a diseñar un folleto informativo para los usuarios (cuidadores y pacientes) que se viene ya entregando desde Junio en el momento del alta en HDG.
- Consta de los siguientes apartados:
 1. Recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología sobre ejercicio físico y prevención de caídas.
 2. Cómo levantarse del suelo después de una caída.
 3. Adaptaciones en el domicilio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

El 100% de los pacientes que ingresaron en HDG desde el mes de Septiembre fueron valorados con el nuevo formulario.

El 93% de los pacientes que fueron dados de alta desde Junio en HDG recibieron el folleto informativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos positivamente las actuaciones realizadas:

La valoración que se realiza en este momento con las escalas al ingreso y al alta, nos orientan de forma más concreta sobre la efectividad de los tratamientos aplicados en HDG. Las escalas introducidas nos dan más luz sobre las áreas concretas de mejora para poder incidir en aspectos concretos y de forma más centrada en cada paciente. La implementación del proyecto es aún de corto recorrido. Nuestra intención como equipo es darle continuidad observando flecos de mejora. El coste económico del proyecto es mínimo (papelería).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/173 ===== ***

Nº de registro: 0173

Título
PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Autores:
GASPAR RUZ MARIA LUISA, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, MESA LAMPRE MARIA PILAR, LETOSA BOLEA VICTORIA, LARA GUI SANDO EMMA LUZ, VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE, CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS, MARCO BES TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0173

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO DESDE EL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO II: DESARROLLO DE ESTRATEGIAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detectamos en HDG que nuestros usuarios son un grupo especialmente sensible al problema de las caídas. Los ancianos se caen frecuentemente y las caídas, en este rango de edad, originan graves problemas de salud (síndromes de inmovilidad, fracturas, dependencia, etc), además de gran coste para el sistema sanitario.
En este momento no tenemos una línea de actuación definida en cuanto a estas situaciones.
HDG es un recurso que permite incidir en los factores que propician las caídas, dado que nuestros usuarios permanecen en su domicilio durante el programa de recuperación funcional.

RESULTADOS ESPERADOS
Registrar las caídas que se producen tanto dentro de HDG como las que se producen en los domicilios: cómo, cuándo, dónde,... Analizar posteriormente los datos recogidos para plantear posibles actuaciones que minimicen los riesgos de caída.
Establecer contacto con las familias y cuidadores para informar sobre riesgos en el hogar y facilitar información sobre manejo de estas situaciones en el domicilio: qué hacer, a quién llamar, cómo prevenir,...

MÉTODO
Realizar un documento de recogida de datos sobre las caídas que se produzcan en los domicilios de los usuarios para el posterior análisis de los factores de riesgo más habituales.
Protocolizar toma de contacto con cuidadores, una vez que se ha producido la caída para facilitar información sobre manejo de las caídas en el domicilio.
Realizar base de datos con toda la información recogida.

INDICADORES
Indicador 1: Total caídas de usuarios producidas tanto en el domicilio como en el propio HDG/ realizar ficha de recogida de datos sobre la caída. (Nuestro objetivo sería alcanzar el 90%)

Indicador 2: Llamadas realizadas al domicilio de los usuarios/ total de caídas registradas. (Nuestro objetivo sería el 80%)

DURACIÓN
El proyecto se inicia en Enero de 2018 y finaliza en Diciembre de 2018.

Realización de hoja de registro de caídas (Enero). Los datos serán recogidos por los profesionales de HDG (las dos terapeutas ocupacionales, TCAE, enfermera o celadora).

El contacto telefónico lo realizará la Terapeuta Ocupacional responsable del usuario afectado.

Se realizarán reuniones del grupo de mejora cada dos meses (Febrero, Abril, Junio, Septiembre, Noviembre).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0173

1. TÍTULO

PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA GASPAR RUZ
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES
MESA LAMPRE MARIA PILAR
LETOSA BOLEA VICTORIA
LARA GUI SANDO EMMA LUZ
VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE
MARCO BES TERESA
PEREZ BERASATEGUI OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración por parte del grupo de un cuestionario de recogida de datos sobre las caídas que han sufrido los pacientes en HDG, tanto en el servicio como fuera del mismo.
Los usuarios han firmado un consentimiento informado para poder hacer uso de los datos en el proyecto de mejora y ajustarnos a la Ley de Autonomía del Paciente y otras disposiciones normativas respecto al uso de datos clínicos.
No se ha realizado el protocolo de información a familiares y cuidadores previsto en el proyecto. Es un aspecto de mejora para la continuidad del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han registrado un total de 63 caídas durante 2018. Se han incorporado los datos recopilados sobre las caídas y se han analizado mediante un programa estadístico a partir del cual se han extraído las conclusiones sobre los factores que hay que abordar para intervenir sobre el problema de las caídas.

Indicadores:

- Ficha de recogida de datos/nº total de caídas de los usuarios. Planteábamos alcanzar un 90% y hemos alcanzado un 94% de registro. Hemos tenido conocimiento de 66 caídas y hemos recogido datos de 63.
- Llamadas realizadas a domicilio /nº de caídas registradas. Planteábamos un 80% y hemos alcanzado un 98% de registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras analizar los datos recogidos mediante programa estadístico se llega a las siguientes conclusiones:

- El 77% de las caídas se produce en el domicilio, el 9,8% en HDG.
- El 48% de las caídas en domicilio se producen en el baño o dormitorio.
- El 32,8% de las caídas se producen durante las transferencias o deambulación.
- El 57,4 % de las caídas han tenido consecuencias directas sobre la salud del usuario (contusiones, heridas, fracturas).
- El 85% de los usuarios no pudieron levantarse solos tras la caída.
- El 10% precisaron traslado posterior a algún centro sanitario.

Dado los resultados obtenidos entendemos que es necesario iniciar estrategias para abordar el problema de las caídas en el anciano incidiendo en los factores analizados.

Hospital de Día Geriátrico es un recurso apropiado para iniciar programas de prevención de caídas y actuar directamente sobre los factores que influyen en las caídas.

Nuestra idea es continuar durante el 2019 y plantear actuaciones concretas de prevención de caídas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/173 ===== ***

Nº de registro: 0173

Título
PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Autores:
GASPAR RUZ MARIA LUISA, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, MESA LAMPRE MARIA PILAR, LETOSA BOLEA VICTORIA, LARA GUI SANDO EMMA LUZ, VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE, CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS, MARCO BES TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0173

1. TÍTULO

PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Detectamos en HDG que nuestros usuarios son un grupo especialmente sensible al problema de las caídas. Los ancianos se caen frecuentemente y las caídas, en este rango de edad, originan graves problemas de salud (síndromes de inmovilidad, fracturas, dependencia, etc), además de gran coste para el sistema sanitario. En este momento no tenemos una línea de actuación definida en cuanto a estas situaciones. HDG es un recurso que permite incidir en los factores que propician las caídas, dado que nuestros usuarios permanecen en su domicilio durante el programa de recuperación funcional.

RESULTADOS ESPERADOS

Registrar las caídas que se producen tanto dentro de HDG como las que se producen en los domicilios: cómo, cuándo, dónde,... Analizar posteriormente los datos recogidos para plantear posibles actuaciones que minimicen los riesgos de caída.
Establecer contacto con las familias y cuidadores para informar sobre riesgos en el hogar y facilitar información sobre manejo de estas situaciones en el domicilio: qué hacer, a quién llamar, cómo prevenir,...

MÉTODO

Realizar un documento de recogida de datos sobre las caídas que se produzcan en los domicilios de los usuarios para el posterior análisis de los factores de riesgo más habituales.
Protocolizar toma de contacto con cuidadores, una vez que se ha producido la caída para facilitar información sobre manejo de las caídas en el domicilio.
Realizar base de datos con toda la información recogida.

INDICADORES

Indicador 1: Total caídas de usuarios producidas tanto en el domicilio como en el propio HDG/ realizar ficha de recogida de datos sobre la caída. (Nuestro objetivo sería alcanzar el 90%)

Indicador 2: Llamadas realizadas al domicilio de los usuarios/ total de caídas registradas. (Nuestro objetivo sería el 80%)

DURACIÓN

El proyecto se inicia en Enero de 2018 y finaliza en Diciembre de 2018.

Realización de hoja de registro de caídas (Enero). Los datos serán recogidos por los profesionales de HDG (las dos terapeutas ocupacionales, TCAE, enfermera o celadora).

El contacto telefónico lo realizará la Terapeuta Ocupacional responsable del usuario afectado.

Se realizarán reuniones del grupo de mejora cada dos meses (Febrero, Abril, Junio, Septiembre, Noviembre).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN, CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE SOFIA SOLSONA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS
CAMPOS SANZ ASUNCION
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
SANZ FRANCO ESTHER
GARCES LAPUENTE SARA
ESTAUN FERNANDEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Protocolo de identificación de pacientes con riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización (DFH): Se ha realizado un protocolo para identificar pacientes con DFH ingresados en el Servicio de Geriátrica.

- Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la unidad de agudos del servicio de Geriátrica del Hospital Nuestra Señora de Gracia que presenten al ingreso pérdida de 1 o más actividades de la vida diaria respecto a la situación previa (medido como pérdida del Índice de Barthel de 5 o más puntos).

- Criterios de exclusión: Pacientes ingresados en la unidad de ortogeriatría, Unidad de Recuperación funcional o paliativos, pacientes con inestabilidad clínica que impida la realización de ejercicio físico durante el ingreso, demencia avanzada, no tener cuidador principal.

- Clasificación de los pacientes: Una vez identificados los pacientes con DFH se clasifican en 3 grupos:

Pacientes que pueden deambular (con o sin ayudas técnicas): se ha realizado una pauta de ejercicio físico multicomponente (potencia, resistencia, equilibrio, marcha) para que se realice durante el ingreso.

Pacientes que no pueden deambular, pero toleran sedestación: se ha realizado una pauta de ejercicio físico multicomponente adaptado.

Paciente encamado: se ha realizado una pauta de ejercicio con movilizaciones pasivas.

- Se explicará por parte del personal sanitario (Médico responsable y/o Enfermería) dichas pautas a la familia, aportando una hoja con los ejercicios a realizar durante el ingreso, se explicará cómo realizarlos con el objetivo de que sea el cuidador principal y/o el paciente quien los haga, con la posibilidad de apoyo de un Fisioterapeuta en los pacientes que se considere por parte del facultativo.

2. Realización de programa de ejercicio físico adaptado por parte del Servicio de Rehabilitación (Médico Rehabilitador y Fisioterapia) según clasificación de los pacientes con DFH (Deambulación, sedestación, encamado).

3. Elaboración de carteles informativos y trípticos sobre información del DFH y la importancia de realización de ejercicio físico que se colocaran en el pasillo de la planta y se darán a los familiares con el objetivo de que participen activamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha realizado el protocolo de detección de pacientes con DFH.

- Pauta de ejercicio físico adaptado según clasificación de los pacientes.

- Elaboración de Folletos y carteles informativos

- Sesiones al personal sanitario del Hospital: 1 sesión en octubre el que acudieron todos los Facultativos y MIR del Servicio de Geriátrica, Médicos del servicio de Rehabilitación, Fisioterapeutas y enfermería. Pendiente de dar un taller dentro los cursos de formación del Sector I sobre detección de DFH.

- Reuniones del grupo de trabajo de DFH: Se ha formado un equipo interdisciplinar con Médicos Geriatras, Mir de Geriátrica, Médico Rehabilitador, enfermería y auxiliares del Servicio de Geriátrica y Fisioterapia. Se han realizado 4 reuniones en el año 2018 para la realización del protocolo, carteles y folletos y distribuir las tareas a realizar por cada miembro.

- Se ha realizado una revisión de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Geriátrica durante los meses de enero a abril 2018 para identificar el porcentaje de pacientes que presentan deterioro funcional durante la hospitalización y al alta y conocer su perfil y factores de riesgo asociados. Se ha observado que el 25 % de nuestros pacientes presenta DFH al alta, con una pérdida funcional de 15 puntos en el índice de Barthel. La estancia media es más prolongada en estos pacientes y se ha asociado con los siguientes factores de riesgo: encamado las primeras 48 horas, delirium y uso de fluidoterapia y sondaje vesical.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El DFH en pacientes ancianos es muy frecuente y se asocia a múltiples complicaciones, deterioro funcional y cognitivo.

Se ha realizado un protocolo de detección de DFH para realizar una intervención mediante ejercicio físico multicomponente con el objetivo de disminuir la pérdida funcional y las complicaciones derivadas.

En nuestro medio se ha observado que es frecuente que los pacientes que ingresan en Geriátrica presenten un importante deterioro funcional, por lo que el programa de ejercicio físico mejorará la calidad de vida y la pérdida funcional asociada a un ingreso hospitalario.

El programa se pondrá en marcha a partir del 2019 y consideramos que es necesario continuar con dicho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

proyecto.

Desde diciembre de 2018 no se trabaja con calidad en la atención del paciente anciano en el Servicio de Geriátrica con el equipo de enfermería, por circunstancias ajenas al resto de miembros del grupo de trabajo, por lo que no han realizado las tareas en las que tenían que participar, según distribución que se quedó en las reuniones, y se ha llevado a cabo por el resto de miembros (poster y folleto informativo).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/220 ===== ***

Nº de registro: 0220

Título
PROGRAMA DE DETECCIÓN, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

Autores:
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, CHAMORRO LASALA MARIA JESUS, CAMPOS SANZ ASUNCION, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, SANZ FRANCO ESTHER, GARCES LAPUENTE SARA, ESTAUN FERNANDEZ TERESA

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: PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los mayores que ingresan en los hospitales en España son 37,8% (INE- 2015). En los hospitales existe gran presión asistencial, burocracia y problemas de comunicación que comprometen la mejoría del anciano.
El anciano fisiológicamente presenta modificaciones en la composición corporal, en piel, en sistema musculoesquelético, etc que predisponen a sufrir complicaciones, pluripatología, polifarmacia con mayor deterioro funcional y cognoscitivo
Los mayores necesitan una especial atención en los cuidados hospitalarios.

CONCEPTOS:
-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO (DFH): pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad de la vida diaria básica en el momento del alta respecto a la situación funcional considerada como 2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda. Durante el ingreso será posible la recuperación funcional adoptando medidas adecuadas.
-DETERIORO PREHOSPITALIZACIÓN: deterioro funcional desde el inicio de la enfermedad aguda previo a la hospitalización. Se consideran dos semanas previas al ingreso. No es susceptible de modificar desde el medio hospitalario y sí desde atención primaria.
-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO GLOBAL
(DFH GLOBAL): suma del deterioro funcional prehospitalario y DFH.

PREVALENCIA:
Gran variabilidad según los trabajos consultados, población estudiada, metodología o unidad hospitalaria valorada siendo de 70, 6% a 88%

FISIOPATOLOGÍA DEL DFH:
El DFH se debe a los cambios del envejecimiento mencionados previamente y a los factores asociados a la hospitalización como disminución de la movilidad, aislamiento social, dietas restrictivas, uso de catéteres, sujeciones físicas, camas altas, barandillas, polifarmacia.

FACTORES DE RIESGO:
Favorecedores de este DESACONDICIONAMIENTO son: MODIFICABLES: inmovilidad, delirium, polifarmacia, rutinas hospitalarias clásicas

NO MODIFICABLES: edad, deterioro funcional previo, deterioro cognitivo.

CONSECUENCIAS DFH:
El DESACONDICIONAMIENTO hospitalario conlleva a peor evolución clínica, mayor número complicaciones (caídas, delirium, deshidratación, desnutrición, UPP, infecciones). Aumentando los recursos sanitarios y mortalidad: 41% al año del alta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCIÓN, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

RESULTADOS ESPERADOS

1ª) IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN PACIENTE DE RIESGO DE DFH.

Se diseñará un PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO DE DFH utilizando herramientas de screening y se elaborarán CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

2ª) INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN con la elaboración de un PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO de forma individual al paciente anciano

3ª) IMPLICAR a todos los profesionales sanitarios y familiares mediante la elaboración de:

- FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO
- CARTELES

Los resultados que se esperan obtener es mejoría en las actividades de la vida diaria básicas y secundariamente estabilización clínica, menor complicaciones, menor mortalidad

Cooperan los Servicios de Geriátrica y Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia

MÉTODO

PLAN DE COMUNICACIÓN con el resto del personal sanitario y familias se realizarán:

- Sesiones informativas: en las reuniones y/o sesiones que a su vez tienen lugar dentro de cada servicio y/o unidad: rehabilitación, geriatría, enfermería, fisioterapia.

- Talleres a las familias.

- Folleto en formato tríptico y carteles

B- REUNIONES DE EQUIPO se fijaran cada 2 meses

C- RECURSOS MATERIALES se utilizaran Fotocopiadora, Ordenador, Aula de docencia. Podría habilitarse una zona del pasillo de Geriátrica B e incluso una habitación para reunir a pacientes y familias

INDICADORES

- Número pacientes de riesgo de DFH / número total de pacientes ingresados

- Ganancia funcional absoluta=IBA (Índice Barthel al alta)-IBI (Índice de Barthel al ingreso). Siendo una Ganancia funcional absoluta adecuada > 20 y excelente > 35 puntos

- Eficiencia: IBA-IBI/estancia. Siendo una actividad rehabilitadora moderada: > 0,5 e intensa: >1.

- N° asistentes personal sanitario de rehabilitación / n° total de personal sanitario adjudicado a rehabilitación

- N° asistentes personal sanitario de geriatría / n° total de personal sanitario adjudicado a geriatría.

- Encuesta de satisfacción a los familiares y cuidadores asistentes a los talleres.

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

- Abril-Septiembre 2018 :

+ Diseño del PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO

+ Elaboración de FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO-CARTELES

- PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS

- De Septiembre -Octubre 2018:

+ Difusión PROGRAMA DE INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN Y DEL PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO

- A partir Octubre 2018:

Ejecución de PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCIÓN, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE SOFIA SOLSONA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS
CAMPOS SANZ ASUNCION
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES
ANAYA GIL TERESA
ESTAUN FERNANDEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Intervención-prevención: puesta en marcha del programa de ejercicio adicional adaptado realizado durante el 2018, de forma individual al paciente anciano durante el ingreso.

- Se ha iniciado el protocolo en Noviembre de 2019 en la mitad de las camas del Servicio de Geriatria para observar la adherencia, la ejecución y la satisfacción de pacientes y familiares del programa de DFH.
- Se ha realizado la identificación de los pacientes con DFH según los criterios de inclusión.
- Se ha Introducido en el programa de Dominium-Farmatools de HNSG en "Cuidados hospitalarios" la ejecución de ejercicios según el nivel del paciente (deambulacion, sedestacion, encamado).
- El médico responsable una vez identificado el paciente con DFH y el tipo de ejercicios que tiene que realizar ha pautado el tipo de ejercicio físico en el farmatools.
- Enfermería ha colocado en el cabecero de la cama el distintivo del tipo de ejercicio que tiene que realizar el paciente y se le ha dado a la familia un tríptico informativo del programa.
- Se ha explicado por parte del personal sanitario (Médico responsable y/o Enfermería) dichas pautas a la familia, aportando una hoja con los ejercicios a realizar durante el ingreso y como realizarlos con el objetivo de que sea el cuidador principal y/o el paciente quien los haga, con la posibilidad de apoyo de un Fisioterapeuta en los pacientes que se ha considerado por parte del facultativo.

2) Intervenir sobre factores de riesgo modificables: delirium, encamamiento, fluidoterapia.

- Se han colocado calendarios y relojes en todas las habitaciones de los pacientes con el objetivo de prevenir el delirium.
- Se objetivo en un trabajo realizado durante el 2018 que el encamamiento y la fluidoterapia son factores de riesgo modificable en la prevención del DFH, por lo que se han comentado dichos resultados con el resto de facultativos y residentes del Servicio para mejorar estos resultados.
- Los resultados de dicho trabajo se han presentado a lo largo del 2019 en diferentes jornadas y congresos de Geriatria.

3) Valorar el beneficio obtenido tras la intervención realizada:

- Se ha dado una hoja de registro de ejercicio para saber cuántas veces al día y que ejercicios se han llevado a cabo por parte del paciente.
- Se ha anotado por parte del Facultativo responsable si se ha realizado el protocolo de manera correcta y si se ha modificado en nivel de intervención durante el ingreso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha puesto en marcha el protocolo de detección de pacientes con DFH.
- Pauta de ejercicio físico adaptado según clasificación de los pacientes.
- Elaboración de Folletos y carteles informativos
- Sesiones al personal sanitario del Hospital: 1 sesión en octubre'19 a la que acudieron todos los Facultativos y MIR del Servicio de Geriatria, Médicos del servicio de Rehabilitación, Fisioterapeutas y enfermería. En Enero 2020 sesión para Enfermería y auxiliares explicando el protocolo y extenderlo al todo el Servicio.
- Se ha impartido un taller dentro los cursos de formación del Sector I sobre detección de DFH y esta pendiente la segunda edición durante el año 2020.
- Reuniones del grupo de trabajo de DFH: Se ha formado un equipo interdisciplinar con Médicos Geriatras, Mir de Geriatria, Médico Rehabilitador, enfermería y auxiliares del Servicio de Geriatria y Fisioterapia. Se han realizado 4 reuniones en el año 2019 para la distribuir las tareas a realizar por cada miembro y la puesta en marcha del protocolo realizado durante el 2018.
- Se ha valorado que desde noviembre en el grupo de pacientes en los que se ha iniciado el protocolo cumplen criterios de inclusión el 35 %. El 50 % en el grupo deambulacion y 50 % en sedestacion. La media de realización de los ejercicios ha sido 1 vez al día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El DFH en pacientes ancianos es muy frecuente y se asocia a múltiples complicaciones, deterioro funcional y cognitivo.

Se ha realizado un protocolo de detección de DFH para realizar una intervención mediante ejercicio físico multicomponente con el objetivo de disminuir la pérdida funcional y las complicaciones derivadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

En nuestro medio se ha observado que es frecuente que los pacientes que ingresan en Geriátrica presenten un importante deterioro funcional, por lo que el programa de ejercicio físico mejorará la calidad de vida y la pérdida funcional asociada a un ingreso hospitalario. Debido a que la adaptación de todos los miembros del Servicio de Geriátrica (Médicos, enfermeras, auxiliares.) está siendo limitada seguiremos dando sesiones explicando la importancia de la movilización de los pacientes ancianos durante la hospitalización y la puesta en marcha de nuestro proyecto. Se elaborarán videos explicativos de los ejercicios para que sea más fácil la ejecución de éstos mismos y también se grabará un video para el canal cerrado de TV del Hospital. Nuestro objetivo será mejorar la adherencia a la realización del ejercicio físico. El programa va a seguir en marcha en nuestro servicio y consideramos que es necesario continuar trabajando en mejoría de la calidad de vida de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/220 ===== ***

Nº de registro: 0220

Título
PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

Autores:
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, CHAMORRO LASALA MARIA JESUS, CAMPOS SANZ ASUNCION, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, SANZ FRANCO ESTHER, GARCES LAPUENTE SARA, ESTAUN FERNANDEZ TERESA

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: PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los mayores que ingresan en los hospitales en España son 37,8% (INE- 2015). En los hospitales existe gran presión asistencial, burocracia y problemas de comunicación que comprometen la mejoría del anciano. El anciano fisiológicamente presenta modificaciones en la composición corporal, en piel, en sistema musculoesquelético, etc que predisponen a sufrir complicaciones, pluripatología, polifarmacia con mayor deterioro funcional y cognoscitivo. Los mayores necesitan una especial atención en los cuidados hospitalarios.

CONCEPTOS:

-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO (DFH): pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad de la vida diaria básica en el momento del alta respecto a la situación funcional considerada como 2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda. Durante el ingreso será posible la recuperación funcional adoptando medidas adecuadas.

-DETERIORO PREHOSPITALIZACIÓN: deterioro funcional desde el inicio de la enfermedad aguda previo a la hospitalización. Se consideran dos semanas previas al ingreso. No es susceptible de modificar desde el medio hospitalario y sí desde atención primaria.

-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO GLOBAL (DFH GLOBAL): suma del deterioro funcional prehospitalario y DFH.

PREVALENCIA:

Gran variabilidad según los trabajos consultados, población estudiada, metodología o unidad hospitalaria valorada siendo de 70, 6% a 88%
FISIOPATOLOGÍA DEL DFH:

El DFH se debe a los cambios del envejecimiento mencionados previamente y a los factores asociados a la hospitalización como disminución de la movilidad, aislamiento social, dietas restrictivas, uso de catéteres, sujeciones físicas, camas altas, barandillas, polifarmacia.

FACTORES DE RIESGO:

Favorecedores de este DESACONDICIONAMIENTO son: MODIFICABLES: inmovilidad, delirium, polifarmacia, rutinas hospitalarias clásicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN, CLASIFICACIÓN E INTERVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

NO MODIFICABLES: edad, deterioro funcional previo, deterioro cognitivo.

CONSECUENCIAS DFH:

El DESACONDICIONAMIENTO hospitalario conlleva a peor evolución clínica, mayor número complicaciones (caídas, delirium, deshidratación, desnutrición, UPP, infecciones). Aumentando los recursos sanitarios y mortalidad: 41% al año del alta

RESULTADOS ESPERADOS

1ª) IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN PACIENTE DE RIESGO DE DFH.

Se diseñará un PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO DE DFH utilizando herramientas de screening y se elaborarán CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

2ª) INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN con la elaboración de un PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO de forma individual al paciente anciano

3ª) IMPLICAR a todos los profesionales sanitarios y familiares mediante la elaboración de:

- FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO
- CARTELES

Los resultados que se esperan obtener es mejoría en las actividades de la vida diaria básicas y secundariamente estabilización clínica, menor complicaciones, menor mortalidad

Cooperan los Servicios de Geriátrica y Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia

MÉTODO

PLAN DE COMUNICACIÓN con el resto del personal sanitario y familias se realizarán:

- Sesiones informativas: en las reuniones y/o sesiones que a su vez tienen lugar dentro de cada servicio y/o unidad: rehabilitación, geriatría, enfermería, fisioterapia.

- Talleres a las familias.

- Folleto en formato tríptico y carteles

B- REUNIONES DE EQUIPO se fijaran cada 2 meses

C- RECURSOS MATERIALES se utilizaran Fotocopiadora, Ordenador, Aula de docencia. Podría habilitarse una zona del pasillo de Geriátrica B e incluso una habitación para reunir a pacientes y familias

INDICADORES

- Número pacientes de riesgo de DFH / número total de pacientes ingresados

- Ganancia funcional absoluta=IBA (Índice Barthel al alta)-IBI (Índice de Barthel al ingreso). Siendo una Ganancia funcional absoluta adecuada > 20 y excelente > 35 puntos

- Eficiencia: IBA-IBI/estancia. Siendo una actividad rehabilitadora moderada: > 0,5 e intensa: >1.

- Nº asistentes personal sanitario de rehabilitación / nº total de personal sanitario adjudicado a rehabilitación

- Nº asistentes personal sanitario de geriatría / nº total de personal sanitario adjudicado a geriatría.

- Encuesta de satisfacción a los familiares y cuidadores asistentes a los talleres.

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

- Abril-Septiembre 2018 :

+ Diseño del PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO

+ Elaboración de FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO-CARTELES

- PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS

- De Septiembre -Octubre 2018:

+ Difusión PROGRAMA DE INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN Y DEL PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO

- A partir Octubre 2018:

Ejecución de PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN CANOVAS PAREJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LABARI SANZ GENOVEVA
MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ
HELLIN GRACIA MARIA JESUS
GASPAR RUZ MARIA LUISA
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Historia del Proyecto:

El cuidador habitual del paciente geriátrico con deterioro funcional y en especial de aquellos con problemas cognitivos y de inmovilidad, está expuesto a una gran carga diaria de trabajo físico y estrés emocional que se prolonga en el tiempo.

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 Geriatria, 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.

En el año 2014 se formó en el Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza) un grupo multidisciplinar de "Apoyo al cuidador" concienciado con la necesidad de mejorar la atención a los cuidadores de los ancianos dependientes, y desde entonces se han realizado diversos proyectos de mejora para cuidadores informales (familias o cuidadores profesionales):

-2015 "Formación al cuidador sobre el manejo del paciente con disfagia (II). Implantación y evaluación de medidas de mejora a nivel de Hospitalización".

-2016-2017 "Formación al cuidador del paciente geriátrico: consejos prácticos sobre aspectos nutricionales, problemas de movilidad y atención a los trastornos de la conducta en el paciente con deterioro cognitivo".

El objetivo del Proyecto en el año 2018 es continuar con esta línea de trabajo "Cuidando al que cuida" mediante dos iniciativas complementarias:

1 Continuar formando a cuidadores informales:

En el año 2018, el Hospital Nuestra Señora de Gracia se han realizado dos "talleres de formación" en abril y noviembre de 2018 con buenos resultados en asistencia y en encuestas de satisfacción. Los asistentes han sido familiares y cuidadores profesionales de pacientes ingresados en los S de Medicina Interna y Geriatria del Hospital y de consultas externas de geriatría (consulta de Apoyo al cuidador). Los temas a tratar han sido los mismos de la edición anterior, aumentando el contenido de algunos de ellos como las complicaciones del Sd Inmovilidad. Han sido talleres eminentemente prácticos donde los cuidadores han podido desde hacer una cama, asear o levantar a un paciente que no colabora, preparar espesantes o resolver sus múltiples dudas en el mundo de las demencias, entre otras cosas. Se ha preparado y entregado las presentaciones en formato Power point y material gráfico escrito a los asistentes.

Ha habido una alta participación en los cursos 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 útil? 100% responden si

¿La exposición ha sido sencilla? 100% responden si

¿Lo recomendaría a otro cuidador? 100% responden si

2 En 2018 nos planteamos Formar a profesionales sanitarios (diplomados de enfermería y auxiliares de enfermería), en aspectos relacionados con la atención al anciano, para que a su vez, puedan "dar formación" a cuidadores en su entorno profesional (Atención Primaria u Hospital). Una adecuada formación del personal sanitario, repercute en la mejor atención del paciente y de su cuidador y permite a su vez dar recomendaciones a las numerosas dudas que pueden surgir a lo largo de la evolución de la enfermedad crónica.

En el año 2018 en nuestro Sector I se ha realizado en mayo de 2018 el Curso del SALUD: "Formación al cuidador del paciente geriátrico: problemas en la alimentación y movilidad, manejo de alteraciones de conducta en demencias", dirigido a Diplomados de enfermería y Auxiliares de enfermería. Ha sido acreditado por la Comisión de Formación continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón, del departamento de sanidad del Gobierno de Aragón.

Sus objetivos específicos fueron:

Mejora en la formación de los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores en Centros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

hospitalarios o Centros de Salud en aspectos como la alimentación, la movilidad o los cuidados en la demencia. Difundir estas actividades educativas entre los familiares y cuidadores habituales de estos pacientes.

Número de asistentes: 20.

Encuestas de satisfacción remitidos por la coordinadora de formación del sector:

Valoración general del curso: Puntuación global: 8,71 (Grado de satisfacción: 9,15, aspectos organizativos 8,05, contenido de actividad: 8,61).

Valoración del profesorado: Entre 8.47-9,20

Duración y calendarios realizados

1. Preparación curso, captación alumnos y 1ª sesión taller familiares: 1er trimestre 2018/abril 2018.
2. Talleres formación personal del SALUD: mayo 2018.
3. Tercera sesión formación a familiares: noviembre 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados conseguidos

-Mejora del nivel de formación de las familias o cuidadores profesionales evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

-Mejora del nivel de formación de los profesionales del SALUD evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

Método y actividades realizadas

-Formación y mantenimiento del grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, nutricionista, enfermera responsable de consulta del cuidador y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital. En el año 2018 se ha incorporado una nueva enfermera del hospital.

-Organización del contenido de los Talleres de Formación al cuidador familia o cuidador profesional a realizar a lo largo de 2018 (2 ediciones, en abril y noviembre de 2018).

-Organización del contenido de los Talleres de Formación al profesional del SALUD Sector I, realizado en mayo de 2018.

Preparación de curso con temas prácticos y contenido didáctico. Entrega de material didáctico al alumno.

-Evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción.

Indicadores: evaluación y seguimiento

-Número de cuidadores informales que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/cuidadores que han acudido a talleres X 100: Número de asistentes: 24 asistentes por curso. 100% resultado satisfactorio.

-Número de profesionales sanitarios que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/profesionales sanitarios que han acudido a talleres X 100: 20 asistentes. 100% satisfacción > 8,4/10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Objetivos: 2019:

Continuidad de las dos ediciones de los dos tipos de talleres. El equipo de mejora está satisfecho con los resultados de esta edición de Talleres de apoyo al cuidador del paciente geriátrico con su alta participación y con los buenos resultados en las encuestas de satisfacción de los participantes.

Se considera finalizado el Proyecto de Calidad pero se continuará desarrollando en los próximos años de forma normalizada en el Hospital Nstra Sra de Gracia de Zaragoza dentro de las actividades habituales del Servicio de Geriatría/Hospital.

7. OBSERVACIONES.

Fue considerado por la Unidad de Calidad como continuación del Proyecto 2016/2017: Formación al cuidador del paciente geriátrico: consejos prácticos sobre aspectos nutricionales, problemas de movilidad y atención a los trastornos de la conducta en el paciente con deterioro cognitivo.

Miembros del equipo de trabajo 2016/2017:

Genoveva Labarí Sanz. Enfermera enlace, Beatriz Monterde Hernández. Nutricionista. M Jesús Hellín Gracia.

Enfermera Responsable de consulta cuidador S. Geriatria, Maria Luisa Gaspar Ruz. Terapeuta ocupacional Marta

González Eizaguirre*. Residente geriatría MIR 4, Carmen Deza Pérez*. Residente geriatría MIR 4, Ignacio Ferrando

Lacarte* Residente geriatría MIR 4 (*no están en proyecto 2018).

Ruego sea entregado también en correspondiente certificado a los miembros del equipo de trabajo de esta edición

Muchas gracias

*** ===== Resumen del proyecto 2018/384 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

Nº de registro: 0384

Título
CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

Autores:
CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, LABARI SANZ GENOVEVA, MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ, HELLIN GRACIA MARIA JESUS, GASPAR RUIZ MARIA LUISA, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA

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: Patología cronica del anciano
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Problema u oportunidades de mejora seleccionada
En el año 2014 se formó un grupo multidisciplinar de "Apoyo al cuidador" concienciado con la necesidad de mejorar la atención a los cuidadores de los ancianos dependientes, y desde entonces se han realizado diversos proyectos de mejora. El objetivo del Proyecto en el año 2018 es continuar con esta línea de trabajo "Cuidando al que cuida" mediante dos iniciativas complementarias:

1 Formar al cuidador principal del paciente mayor tanto familiares directos como profesionales. El cuidador habitual del paciente que viven en el domicilio, esta expuesto a una gran carga de trabajo físico y estrés emocional. En nuestro servicio ha habido diversas iniciativas encaminadas a la formación del cuidador en diferentes ámbitos como los problemas de deglución o de movilidad en fracturas de cadera o ictus. En la "consulta de enfermería del cuidador" se realiza asesoramiento a las familias sobre diversos aspectos de la demencia. En los dos últimos años y dentro de las iniciativas de mejora de la Calidad del SALUD se ha desarrollado Proyectos de calidad en esta línea:

-2015 "Formación al cuidador sobre el manejo del paciente con disfagia (II). Implantación y evaluación de medidas de mejora a nivel de Hospitalización".

-2016-2017 "Formación al cuidador del paciente geriátrico: consejos prácticos sobre aspectos nutricionales, problemas de movilidad y atención a los trastornos de la conducta en el paciente con deterioro cognitivo".

En el año 2018, el Hospital Nuestra Señora de Gracia se han organizado tres "Talleres de formación" con buenos resultados en encuestas de satisfacción:

- Taller de Recomendaciones en alimentación y Disfagia.
- Taller de Movilización del paciente geriátrico.
- Taller de Demencia y manejo de problemas de conducta.

2 Formar a profesionales sanitarios en aspectos relacionados con la atención al anciano, para a su vez, puedan "dar formación" a cuidadores en su entorno profesional (Atención Primaria u Hospital). Una adecuada formación del personal sanitario, repercute en la mejor atención del paciente y de su cuidador y permite a su vez dar recomendaciones a las numerosas dudas que pueden surgir a lo largo de la evolución de la enfermedad crónica.

En el año 2018 en nuestro Sector se van a realizar, el Curso: "Formación al cuidador del paciente geriátrico: problemas en la alimentación y movilidad, manejo de alteraciones de conducta en demencias", dirigido a Diplomados de enfermería, Auxiliares de enfermería, Terapeutas ocupacionales y Logopedas.

Objetivos específicos:
-Mejora en la formación de los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores en Centros hospitalarios o Centros de Salud en aspectos como la alimentación, la movilidad o los cuidados en la demencia. Difundir estas actividades educativas entre los familiares y cuidadores habituales de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados que se espera conseguir
-Mejora del nivel de formación de las familias o cuidadores profesionales evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.
-Mejora del nivel de formación de los profesionales del SALUD evaluado mediante el grado de satisfacción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

MÉTODO

Método y actividades para mejorar

-Formación del grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, nutricionista, enfermera responsable de consulta del cuidador y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital.

-Organización del contenido de los Talleres de Formación al cuidador familia o cuidador profesional a realizar a lo largo de 2018 (2 o 3 ediciones, la primera en abril de 2018).

-Organización del contenido de los Talleres de Formación al profesional del SALUD Sector I, con fecha prevista en mayo de 2018.

Preparación de curso con temas prácticos y contenido didáctico. Entrega de material didáctico al alumno.

-Evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción.

INDICADORES

Indicadores: evaluación y seguimiento

-Número de cuidadores que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/cuidadores que han acudido a talleres X 100

-Número de profesionales sanitarios que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/profesionales sanitarios que han acudido a talleres X 100

DURACIÓN

Duración y calendarios previstos

1.Preparación curso, captación alumnos y 1ª sesión taller familiares: 1er trimestre 2018.

2.Talleres formación personal del SALUD: Segundo trimestre 2018.

3.Tercera sesión formación a familiares: Tercer trimestre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR OCHOA CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA
SCHADEGG PEÑA DANIEL
JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA
ESTAUN FERNANDEZ MARIA TERESA
PEREZ MILLA MARIA ANGELES
FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. ESTUDIO DE PORCENTAJE DE PACIENTES DE DELIRIUM DURANTE EL INGRESO Y FACTORES ASOCIADOS (en muestra seleccionada y excluyendo fallecidos)
2. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LOS INGRESOS
3. INICIO DE IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Resultado del estudio 15 enero-15 abril 2018 (3 meses):
Porcentaje de personas con delirium durante el ingreso: 23.62%, edad media 87.73 años, mayor porcentaje de delirium en mujeres (en 56.5% de ellas), con diagnóstico de demencia el 21.7%, y con una estancia media de 12.07 días. Su comorbilidad era alta con una media de I índice de Charlson de 2.65 (R 0-11). Un 80.4% de ellos con polifarmacia (más de 6 fármacos)
Comparados los pacientes con delirium con el resto de ingresados: Los pacientes que tiene delirium tienen mayor pérdida funcional, mayor polifarmacia y una estancia media que supera los 12 días.
2. Elaboración de un protocolo:
Se ha empezado a elaborar el protocolo, una vez detectados los factores de riesgo más frecuentes con medidas generales y particulares hacia los pacientes de mayor riesgo
3. Implantación de medidas:
3.1. Resolución de los problemas de retención de orina con sondaje evacuador preferentemente, no sondaje permanente.
3.2. Revisión de fármacos y retirada de los no indicados. Especial vigilancia en la retirada escalonada de psicofármacos para evitar abstinencia.
3.3. Control de dolor adecuado, con utilización de escalas para el dolor (pendiente implantar escalas para paciente con demencia) y prescripción de fármacos con evaluación diaria del control y ajuste de la prescripción.
3.4. Vigilancia de parches de parches de analgésicos mayores, para sustituirlo si hubiera pérdida accidental y detectar la duplicidad de parches.
3.5. Colocación de calendarios y reloj en las habitaciones (calendarios elaborados, falta la colocación en las habitaciones, falta incluir reloj).
3.6. Explicar a familiares y cuidadores la importancia del acompañamiento en las primeras 24 h (pendiente elaborar una hoja informativa para dejar en cada habitación)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El porcentaje de delirium en el servicio de geriatría es alto y hay peor pronóstico en estos pacientes, con mayor estancia media y mayor polimedicación.
Se quiere mejorar las cifras con implantación de medidas de prevención de delirium, ambientales y asistenciales. Se está trabajando en la elaboración de un protocolo y se quiere mejorar la información a familiares y cuidadores. Se recomienda seguir trabajando en esta línea para mejorar el pronóstico y la calidad asistencial en los pacientes con delirium en el Servicio de Geriatría.

7. OBSERVACIONES.

Queda pendiente finalizar la implantación de medidas

Queda pendiente la redacción del protocolo

Queda pendiente la segunda evaluación:

- % de delirium durante ingreso
- % de polifarmacia en pacientes con delirium
- % de pérdida funcional en pacientes con delirium
- Estancia media en pacientes con delirium
- % de medidas de prevención implantadas

Previsto seguir en 2019.

Nota: Una de las componentes del equipo, cambio de Servicio, y voluntariamente dejó este equipo de mejora. En

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

vez de 8 miembros lo componen 7.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/457 ===== ***

Nº de registro: 0457

Título
IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

Autores:
OCHOA CALVO MARIA PILAR, SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, SCHADEGG PEÑA DANIEL, JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA, ESTAUN FERNANDEZ TERESA, PEREZ MILLA MARIA ANGELES, FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE, OLARTE MOLINERO ANA

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: Toda patología que ingrese en el servicio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevalencia de delirium en ancianos hospitalizados es alta, pudiendo llegar a ser mayor de 50%. Este cuadro se asocia con un empeoramiento del pronóstico, en muchas ocasiones prolonga la estancia, empeora la función y puede asociarse a más mortalidad; además requiere utilizar fármacos potencialmente dañinos y más asistencia del personal de enfermería.
La prevención puede ser la estrategia más efectiva para disminuir su frecuencia y sus complicaciones. Las medidas de prevención pueden ser farmacológicas pero también no farmacológicas. Hay evidencia actual que apoya la implementación de medidas no farmacológicas de forma sistemática, como una medida fácil y eficaz además de costo-efectivas. Esta evidencia no es tan alta para las medidas farmacológicas.
La situación en el servicio de geriatría es de ingresos de pacientes en fase aguda que con frecuencia sufren delirium durante la hospitalización. En torno a un 30-40% de los episodios de delirium pueden prevenirse con medidas no farmacológicas con intervenciones dirigidas al cuidado del anciano hospitalizado siguiendo protocolos de detección precoz y con plan de cuidados preventivos.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar medidas para que se pueda disminuir la incidencia de delirium en el paciente geriátrico ingresado en la unidad de geriatría.
Incorporar medidas de fácil aplicación en la rutina de los cuidados de auxiliares y enfermeras.
Disminuir el número de psicofármacos pautados de urgencia
Elaborar un protocolo de detección precoz con un plan de cuidados adecuado.

MÉTODO
1. Identificar pacientes con alto riesgo de delirium en las 24 h primeras del ingreso
2. Poner en marcha medidas sistemáticas para prevenir aparición de delirium
a. Para este primer año se harán:
i. Crear un medio ambiente apropiado. Luz, temperatura, calendario, reloj
ii. Comunicación verbal con frases cortas, tranquilizadoras.
iii. Favorecer el silencio nocturno y el descanso, evitando acciones por la noche no necesarias.
iv. Corregir estreñimientos o retención de orina, antes de llegar la noche
v. Buen control del dolor

INDICADORES
Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con diagnóstico de delirium. Indicador % de delirium/ semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.
Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con medicación condicional administrada durante la noche.
Indicador % de pacientes que han sido medicados/semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

Se recogerán durante dos meses las medidas implantadas de prevención. Indicador: % de medidas preventivas cumplimentadas. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.

DURACIÓN

Año 2018- 2019: 12 meses

Implantación de medidas:

Elaboración de un protocolo e implementación en planta: durante 4 meses primeros.

Pasados estos 4 meses, se evaluará si se cumplen las medidas en un día de evaluación en dos ocasiones durante el año

Recogida de datos:

Se recogerán datos en un periodo de 2 meses. Todos los ingresos realizados en esos 2 meses.

Se repetirá 4 veces en el año, de forma que estarán valorados los ingresos durante 8 meses no correlativos.

Datos a recoger: edad, sexo, diagnóstico demencia, infección, retención urinaria, impactación fecal, dolor, problemas de oxígeno, hidratación, nutrición, medidas ambientales adecuadas, intervención sanitaria evitable en horas de descanso, psicofármacos pautados de urgencia.

Calendario:

Implantación los 4 primeros meses

Evaluación los meses: 1-2, 4-5, 7-8 y 10-11

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR OCHOA CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA
SCHADEGG PEÑA DANIEL
JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA
ESTAUN FERNANDEZ MARIA TERESA
PEREZ MILLA MARIA ANGELES
FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. IMPLANTACION DE MEDIDAS AL COMPLETO:

- Calendario y relojes en todas las habitaciones: cada día se pone la fecha correcta. Hay una filosofía en el personal de la importancia de tenerlo actualizado. Los familiares se apoyan en ellos para favorecer la orientación con el enfermo. Esta medida también se enseña a los estudiantes de medicina que pasan por el servicio, y se valora muy bien por ellos.

- Corrección de retenciones de orina aguda: Se utiliza un Eco bladder de fácil utilización para detectar retenciones, que se solucionan en el momento. Los pacientes no entran en la noche con una retención no resuelta. Se hace sondaje evacuador que solo se deja permanente si el problema obstructivo no es reversible.

- Revisión de fármacos: Todos los tratamientos de los ingresos se valoran por el médico y las prescripciones son valoradas también por el servicio de farmacia. Este doble control favorece una prescripción más adecuada. Se han aplicado los criterios STOPP START indicados para la población geriátrica.

- Se valora el dolor en todos los pacientes, pautando analgesia según escala analgésica de la OMS. Si se favorece estreñimiento se pautan laxantes y se vigila para que no exista impactación fecal (causa por sí mismo de delirium)
- Los familiares colaboran para no dejar solo al paciente la primera noche, si alguno no puede quedarse busca algún cuidador que le ayude u otro familiar. Los familiares entienden que los pacientes con riesgo no deben quedarse solos. También colaboran en la movilización haciendo ejercicios o caminando con ellos cuando se puede y en la reorientación.

2. MEDIDAS INCORPORADAS A LA RUTINA DEL SERVICIO:

- Las medidas están incorporadas en el funcionamiento asistencial en el servicio. El cambio de personal por movilidad voluntaria hizo necesario explicar funcionamiento y la respuesta fue muy buena, con normalización en los cambios de los calendarios. A fecha de hoy los calendarios están bien utilizados en todas las habitaciones.

Otras medidas: Se enciende la luz de noche todas las noches para favorecer el descanso; se favorece la movilidad, y apenas se usan las restricciones físicas

- El proyecto ha facilitado que este cuadro clínico se conozca mejor, que se detecte y que los familiares lo entiendan mejor, colaborando.

3. ELABORACION DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Previsto elaborar un trabajo de investigación para conocer qué factores influyen más en este cuadro, de forma que se pueda optimizar la atención a estos enfermos
Proyecto ya elaborado presentado al CIBA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Mejorar la conciencia del problema en el personal, con colaboración para implantar las medidas.

- Mejorar la conciencia de los familiares con el problema, el delirium asusta y preocupa y hacerles partícipes de la asistencia ha sido bien aceptado.

- El delirium es un cuadro frecuente, pero se ha conseguido menor duración y mejor apoyo de los familiares.

- El proyecto ha tenido también su papel docente, mejorando el conocimiento de prevención y detección de delirium en los estudiantes que han pasado por el servicio, incluso alguno de ellos lo plasmó en la sesión clínica que tienen que preparar.

- Elaboración de un proyecto de investigación en este momento pendiente de valoración en el CIBA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El porcentaje de delirium en el servicio de geriatría es alto y hay peor pronóstico en estos pacientes, con mayor estancia media y mayor poli medicación. Con una colaboración interdisciplinar se pueden implantar medidas que ayuden a detectarlo y que tenga menor duración o incluso a prevenirlo.

Entender cuadros clínicos frecuentes en el anciano, y hacer partícipe en los cuidados hacen aceptar mejor lo que ocurre al familiar, siendo bien valorada esta iniciativa.

Los estudiantes están muy interesados en aprender y si se les incluye aceptan la docencia en geriatría de buen grado.

El trabajo ha hecho surgir una línea de investigación que puede ser interesante para mejorar la seguridad clínica en el paciente geriátrico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA FINAL. ESTA ES LA MEMORIA CORRECTA, LA ANTERIOR ES ERRONEA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/457 ===== ***

Nº de registro: 0457

Título
IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

Autores:
OCHOA CALVO MARIA PILAR, SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, SCHADEGG PEÑA DANIEL, JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA, ESTAUN FERNANDEZ TERESA, PEREZ MILLA MARIA ANGELES, FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE, OLARTE MOLINERO ANA

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: Toda patología que ingrese en el servicio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de delirium en ancianos hospitalizados es alta, pudiendo llegar a ser mayor de 50%. Este cuadro se asocia con un empeoramiento del pronóstico, en muchas ocasiones prolonga la estancia, empoza la función y puede asociarse a más mortalidad; además requiere utilizar fármacos potencialmente dañinos y más asistencia del personal de enfermería.

La prevención puede ser la estrategia más efectiva para disminuir su frecuencia y sus complicaciones. Las medidas de prevención pueden ser farmacológicas pero también no farmacológicas. Hay evidencia actual que apoya la implementación de medidas no farmacológicas de forma sistemática, como una medida fácil y eficaz además de costo-efectivas. Esta evidencia no es tan alta para las medidas farmacológicas.

La situación en el servicio de geriatría es de ingresos de pacientes en fase aguda que con frecuencia sufren delirium durante la hospitalización. En torno a un 30-40% de los episodios de delirium pueden prevenirse con medidas no farmacológicas con intervenciones dirigidas al cuidado del anciano hospitalizado siguiendo protocolos de detección precoz y con plan de cuidados preventivos.

RESULTADOS ESPERADOS

Implementar medidas para que se pueda disminuir la incidencia de delirium en el paciente geriátrico ingresado en la unidad de geriatría.
Incorporar medidas de fácil aplicación en la rutina de los cuidados de auxiliares y enfermeras.
Disminuir el número de psicofármacos pautados de urgencia
Elaborar un protocolo de detección precoz con un plan de cuidados adecuado.

MÉTODO

1. Identificar pacientes con alto riesgo de delirium en las 24 h primeras del ingreso
2. Poner en marcha medidas sistemáticas para prevenir aparición de delirium
 - a. Para este primer año se harán:
 - i. Crear un medio ambiente apropiado. Luz, temperatura, calendario, reloj
 - ii. Comunicación verbal con frases cortas, tranquilizadoras.
 - iii. Favorecer el silencio nocturno y el descanso, evitando acciones por la noche no necesarias.
 - iv. Corregir estreñimientos o retención de orina, antes de llegar la noche
 - v. Buen control del dolor

INDICADORES

Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con diagnóstico de delirium. Indicador % de delirium/ semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.
Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con medicación condicional administrada durante la noche. Indicador % de pacientes que han sido medicados/semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRÍA

el año.
Se recogerán durante dos meses las medidas implantadas de prevención. Indicador: % de medidas preventivas cumplimentadas. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.

DURACIÓN

Año 2018- 2019: 12 meses

Implantación de medidas:

Elaboración de un protocolo e implementación en planta: durante 4 meses primeros.

Pasados estos 4 meses, se evaluará si se cumplen las medidas en un día de evaluación en dos ocasiones durante el año

Recogida de datos:

Se recogerán datos en un periodo de 2 meses. Todos los ingresos realizados en esos 2 meses.

Se repetirá 4 veces en el año, de forma que estarán valorados los ingresos durante 8 meses no correlativos.

Datos a recoger: edad, sexo, diagnóstico demencia, infección, retención urinaria, impactación fecal, dolor, problemas de oxígeno, hidratación, nutrición, medidas ambientales adecuadas, intervención sanitaria evitable en horas de descanso, psicofármacos pautados de urgencia.

Calendario:

Implantación los 4 primeros meses

Evaluación los meses: 1-2, 4-5, 7-8 y 10-11

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE ORDOVAS TERESA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BALLESTERO DELGADO SILVIA
SANZ FRANCO ESTHER
CONCEJERO PARDOS ROSA
FELEZ RODRIGUEZ ESTHER
HUERTAS AGUAYO MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Abril 2018: Detección del problema. Detectamos que existe en el personal de nueva incorporación, sustitutos y de prácticas una clara falta de información respecto al funcionamiento y las normas básicas de la Unidad, así como las tareas y actividades de enfermería en el servicio de Geriatria.
-Tras la detección del problema se plantea la creación del grupo de trabajo para abordarlo. Reunión de equipo para consensuar criterios.
-Reparto de tareas: Cada miembro del equipo de trabajo se ocupa de desarrollar una parte de las funciones, normas y actividades que se realizan en la Unidad para, una vez revisado incluirlo en la guía de cronografía.
Mayo 2018: Una vez finalizada la guía se presenta y entrega al resto de enfermeros del servicio, estudiantes en prácticas y al nuevo personal que llega a la unidad.
Junio 2018: Reunión de equipo. Se decide elaborar una encuesta de valoración. Diseñamos una encuesta corta que monitorice los objetivos principales: alcance de la guía y si sus contenidos son adecuados y resultan útiles.
Junio-Septiembre-Enero 2019: Recogida de datos mediante encuesta y análisis de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos a conseguir son:

- Proporcionar al nuevo personal y a los estudiantes de enfermería una guía de referencia que recoge todas las tareas a realizar por enfermería en cada momento.
- Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.
- Proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y unificados, de acuerdo con las normas y filosofía del centro para conseguir una asistencia integral y continuada a los pacientes de nuestra unidad
- Mejorar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera
- Favorecer la comunicación entre los enfermeros y evitar omisiones y repeticiones.
- Centralizar la formación y disminuir la carga formativa al resto del equipo.

Para comprobar la utilidad y grado de calidad del proyecto usaremos los siguientes indicadores:

Indicadores de estructura:

-Realizaremos un control de dos protocolos que se desarrollan en la guía de cronografía:

* La revisión mensual del carro de RCP: según nuestro protocolo debe realizarse una revisión mensual del carro de paradas de la Unidad en el turno de noche del primer sábado de cada mes y debe quedar registrado. Comprobamos que está correctamente realizado y registrado en los últimos 6 meses

* El registro de heridas y UPP de las gráficas de Enfermería: Dada la elevada incidencia de UPP en el paciente geriátrico, la prevención y tratamiento de las mismas son de suma importancia.

Valoramos la correcta detección, seguimiento y registro de las UPP desde el ingreso hasta el alta hospitalaria reflejada en las Hojas de Registro y Seguimiento de UPP mediante una auditoría realizada un día al azar sin previo aviso en la Unidad.

Indicadores de proceso:

-Registraremos la entrega del manual a la población diana indicada.

Indicador de resultado:

-Realizaremos una encuesta al personal de nueva incorporación a la unidad y a los estudiantes de enfermería en prácticas que contenga preguntas relativas a la utilidad y grado de satisfacción de esta guía entregada a su llegada.

-Fuentes y método de recogida de datos:

Se realiza encuesta directa al personal que ha recibido la guía. Esta encuesta incluye las siguientes preguntas

cerradas (respuesta Sí o No):

- ¿han leído la guía?
- La información proporcionada por la guía, ¿te ha sido de utilidad?

-Resultados alcanzados e impacto del proyecto:

- Registro de la revisión del carro de paradas: 66%
- El registro correcto de heridas y UPP de las gráficas de enfermería:100%
- Número total de enfermeros/as encuestados: 12
- Enfermeros/as que lo han leído: 12
- Enfermeros/as que les ha resultado útil la guía en el desempeño de sus funciones en la unidad: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

REVISIÓN MENSUAL DEL CARRO DE PARADAS:

En el mes de Enero de 2019 hemos valorado si se ha realizado la revisión mensual del carro de paradas en los últimos 6 meses. Para ello comprobamos que el registro de revisión del carro estuviera cumplimentado. En este registro consta; la fecha de apertura, el número de sellado, los nombres y firmas de los enfermeros que lo revisaron y los materiales o fármacos que cambiaron por su próxima caducidad. Los resultados se detallan a continuación:

- * Mes de agosto: Se revisó
- * Mes de septiembre: No consta que se revisara
- * Mes de octubre: Se revisó en la fecha prevista y se abrió 2 veces en caso de urgencia
- * Mes de noviembre: Se revisó
- * Mes de diciembre: No consta que se revisara
- * Mes de enero: Se revisó

En un 33'33% no consta que se revisara, frente al 66'66% que sí se revisó.

CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE CURAS DE HERIDAS Y REGISTRO DE UPP:

Durante el ingreso todos los pacientes son valorados con la escala de Norton (prevención de UPP) y clasificados en dos grupos según su puntuación:

.Cartel con su nombre en cartulina verde(Norton>14): Riesgo mínimo o sin riesgo
.Cartel con su nombre en cartulina amarilla(Norton<14): Riesgo muy alto, alto o medio. Estos pacientes duermen sobre colchón de aire desde el ingreso. Se les aplica AGHO (ácidos grasos hiperoxigenados) durante el aseo y al acostar en las zonas de presión y se les colocan taloneras y/o calcetines para prevenir las úlceras en talones. Todos los pacientes tienen su cartel con el nombre en la cabecera de la cama y el Norton se refleja en la valoración de Enfermería, en la gráfica de enfermería, en el libro de ingresos y en la hoja de registro de UPP (la mayoría extrahospitalarias)

Cuando un paciente presenta al ingreso una UPP o una herida (extrahospitalarias) se valora y se cura por parte de la enfermera y se abre una hoja de UPP o una hoja de curas. Del mismo modo, si aparece una UPP o una herida Intrahospitalaria también se cumplimentará..

El uso de estos registros y su correcta cumplimentación, lo hemos elegido como indicador de que el personal nuevo y antiguo conoce los protocolos que se recogen en el manual de actividades de enfermería de nuestro servicio Para ello realizamos una auditoria el día 9 de febrero del 2019, sin previo aviso al personal de la planta. En este día había un total de 29 camas ocupadas sobre las 39 camas disponibles de la unidad de geriatría.

De los 29 pacientes ingresados: * 3 pacientes presentaban heridas y las tres gráficas de enfermería recogían su correspondiente hoja de heridas con la localización-descripción de la herida, el tipo de cura y el último día de la cura:

204-1: Cura de herida mastectomía

209-2: Scalp en ambas extremidades superiores

211-1: Scalp en extremidad inferior dcha

* EL paciente de la habitación 220-2 presentaba una UPP en glúteo derecho (grado II) y UPP en glúteo izquierdo (grado IV) y heridas de tipo scalp en ambas EEII. En su carpeta de enfermería se recogía tanto el registro de UPP como el registro de heridas, los dos debidamente cumplimentados

* 9 pacientes presentaban UPP y en todos los casos estaba recogida y bien cumplimentada el registro de UPP:

205-2: UPP en espalda (grado I)

206-1: UPP en talón dcho (grado II) y talón izquierdo (gradoII)

208-1: UPP en talón izquierdo (grado II) y sacro (grado II)

210-2: UPP en espalda (grado I). INTRAHOSPITALARIA

212-2: UPP en sacro (grado I)

214-2: UPP en sacro (grado I)

215-2: UPP en maléolo izquierdo (grado I)

219-1: UPP en sacro (grado II)

220-1: UPP en maléolo izquierdo (grado III)

* El paciente de la habitación 203 presentaba úlceras vasculares en ambas EEII y tenía recogido y cumplimentado su seguimiento en el registro de Úlceras

Concluyendo:

4 pacientes de los 29 pacientes ingresados presentaban heridas y los 4 tenían recogido y cumplimentado el registro de hojas de heridas (100%)

11 pacientes presentaban úlceras (10 UPP y 1 de tipo vascular) y los 11 pacientes tenían recogidas y cumplimentadas las correspondientes hojas de registro. (100%).

Con estos resultados deducimos que la guía cronológica alcanza los objetivos planteados en este proyecto de mejora.

7. OBSERVACIONES.

Revision periódica de la Cronografía así como monitorización de su eficacia

*** ===== Resumen del proyecto 2018/847 ===== ***

Nº de registro: 0847

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Título

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:

ORDOVAS TERESA MARIA JOSE, BALLESTERO DELGADO SILVIA, SANZ FRANCO ESTHER, CONCEJERO PARDOS ROSA, FELEZ RODRIGUEZ ESTHER, HUERTAS AGUAYO MARIA DEL CARMEN

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: Enfocado al personal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención continuada al paciente anciano es el pilar fundamental de la intervención enfermera, cuya pertinencia debe ser valorada constantemente para evitar realizar intervenciones puntuales o finalizadas precózmamente sin un seguimiento oportuno y necesario, que son contraproducentes.

Ante la incorporación de personal nuevo con relativa frecuencia en la unidad de Geriatria, vemos necesaria la elaboración de una guía de cronograma y tareas de enfermería, que facilite la labor de dichos profesionales desde el primer momento, y que sirva como herramienta de trabajo que unifique la manera de llevar a cabo los cuidados propios de la enfermería, ya que en dicha guía se detallan la cronografía y tareas a realizar en cada momento.

Esta guía también se entregará a los estudiantes de enfermería en prácticas en la unidad de Geriatria, al resto de la plantilla de enfermeras y a las compañeras del pool.

RESULTADOS ESPERADOS

-Aclarar información al nuevo personal tras su reciente incorporación: estructura física de la unidad, estructura del personal, de turnos, lencería/vestuarios, herramientas informáticas disponibles, etc.

-Centralizar la formación y disminuir la carga formativa al resto del equipo

-Proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y unificados, de acuerdo con las normas y filosofía del centro, para conseguir una asistencia integral y continuada a los pacientes de nuestra unidad

-Mejorar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera

-Facilitar al nuevo personal y a los estudiantes de enfermería una guía de referencia que recoge puntualmente las tareas a realizar por enfermería en cada momento.

-Favorecer la comunicación entre los enfermeros y evitar omisiones y repeticiones.

-Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.

MÉTODO

Para la elaboración de la guía de cronograma y tareas, serán precisas varias reuniones de equipo quincenales en las cuales pondremos en común las partes trabajadas.

Cada miembro del equipo de trabajo se ocupará de desarrollar una parte de las funciones, normas y actividades que se realizan en la unidad y el resto lo complementará.

Esta guía, una vez finalizada, se presentará y entregará al resto de enfermeros del servicio, enfermeros en prácticas y al nuevo personal que llegue a la unidad.

Contaremos con los recursos materiales que nos ofrece el servicio, tales como ordenador, acceso a la red, carros de curas, de parada cardiorrespiratoria, farmacia, etc.

INDICADORES

Para comprobar la utilidad y grado de calidad del proyecto los Indicadores que usaremos serán:

Indicadores de estructura:

-Realizaremos un control de los protocolos que se desarrollan en el manual (como la revisión mensual del carro de RCP cada primer sábado de mes o el registro de heridas y UPP).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Indicadores de proceso:

-Registraremos la entrega del manual a la población diana indicada.

Indicador de resultados:

-Realizaremos una encuesta al personal de nueva incorporación a la unidad y a los estudiantes de enfermería en prácticas, previo a su marcha, que contenga preguntas relativas a la utilidad y grado de satisfacción de esta guía entregada a su llegada.

DURACIÓN

Dado que el nuevo personal se incorpora en junio, marcamos nuestro proyecto para esa fecha, iniciándolo desde este momento, y finalizando el proyecto a finales de noviembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA SANJUAN BARCELONA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLARTE MOLINERO ANA
GARCIA NARVAIZ CRISTINA
SANZ FRANCO ESTHER
OCHOA CALVO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La presente memoria va a reflejar nuestro primer año de andadura dentro de este proyecto, llevado a cabo en el Servicio de Geriatria del Hospital Ntra. Sra. de Gracia.

Los objetivos fundamentales que han conducido el desarrollo de nuestra actividad durante el año 2018 han estado encaminados a conseguir:

Por un lado, formación del propio equipo, para ello nos comprometimos a tener un primer contacto e ir informándonos sobre

- Legislación: LOPD 1999 y RD 2007
- Información Reglamento de UE Mayo 2018 y Power sobre los principios y derechos del reglamento.
- Ley de Autonomía del paciente 41/2002
- Protección de datos personales relacionados con la salud y diferente documentación sobre el tema.

Por otro lado, con mayor información/formación, somos --- conscientes que se debe y se pueden mejorar aspectos relacionados con "la calidad y la confidencialidad de los datos personales de nuestros pacientes. Precisamente para abordar estas cuestiones, se fueron recogiendo diferentes debilidades encontradas en nuestra unidad de Geriatria y posibles soluciones que hagan de nuestro trabajo, como equipo multidisciplinar, un cumplimiento de la normativa de la Ley de Protección de Datos. Quedan recogidas en un archivo de Excel que se van ampliando a lo largo de estos meses y no sólo por parte del equipo, sino que se solicita colaboración de los diferentes colectivos de trabajadores de la unidad, implicando de esta forma en el proyecto al personal sanitario que maneja datos del paciente.

De esta manera, nos queda recogida en una tabla de Excel: Fallos, Efectos, Causas, Acciones recomendadas para evitar el fallo, Responsable, Acciones recomendadas si se ha producido el efecto.

No ponemos escala de valores a los efectos, pues violar la protección de datos de un paciente, supone incumplir la LOPD.

El equipo se ha reunido en el mes de junio y en el mes de noviembre, pero ha tenido numerosa comunicación durante el trabajo y por los diferentes medios de comunicación rápidos y eficaces. El calendario total previsto, se ha cumplido un 71%

Al tratarse de un equipo multidisciplinar, hemos podido hacer un trabajo centrado en los diferentes colectivos de trabajadores. Hemos ido explicando qué objetivo se quiere conseguir con este proyecto, cuáles son nuestras debilidades y qué se podía mejorar a corto y largo plazo.

Está siendo un trabajo minucioso, con la insistencia de cambiar malos hábitos adquiridos, que afectan a la LOPD en nuestra unidad de Geriatria. Por ello es conveniente una formación personalizada, que será ampliada durante el próximo año con encuentros de formación generales.

Hemos constatado que no se le da la importancia que debiera a acciones concretas, que en ocasiones quedan reflejadas en pequeños detalles y que violan la protección de datos del paciente. Por esta razón, vimos conveniente realizar un trabajo que denominamos "del tú a tú", trabajo diario que prepare al personal para el interés y la formación sobre LOPD. Formación continuada y personalizada. Para ello, hemos considerado diferentes materiales que nos están ayudando al desarrollo del proyecto.

- Se revisó el decálogo de protección de datos para el personal sanitario y administrativo, presentado en mayo de este año por la Agencia española de protección de Datos. Se valoró la importancia de darlo a conocer, imprimirlo y colocarlo en diferentes áreas de trabajo. Ha sido bien aceptado y es un buen recordatorio de la normativa actual en el campo de la salud.

- Se han colocado numerosos carteles pegados en las paredes de los lugares donde manejamos datos del paciente, junto a las papeleras y lugares de reciclaje de papel, recordándonos la importancia de destruir datos personales del paciente.

- Se ha generado una tabla de Excel con los fallos encontrados sobre LOPD.

- Se ha creado un registro de notificación y otro de incidencias, tanto en papel como digitalizado, que está pendiente de presentar.

- Power Point formativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es cierto que no ponemos escala de valores a los efectos producidos por los fallos encontrados en nuestra unidad, pero tener un registro de ellos, nos ayuda a valorar si los problemas se han resuelto. En la reunión del mes de noviembre constatamos pequeños cambios que se han ido realizando a lo largo de estos meses como:

- Bandeja de médico y celadores puestas hacia dentro del mostrador del control y documentación sin mostrar datos del paciente.

- Se rompen los papeles que contengan información sobre los datos de los pacientes, antes de arrojarlos a la papelería del control de enfermería.

- Se cierra la puerta del control de enfermería que comunica con el pasillo, durante la información en cambio de turno.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

- Las historias clínicas no se dejan en el mostrador del control. Ni con el nombre del paciente visible cuando están distribuidas para su manejo.
- En el ámbito del personal sanitario se habla sobre el cuidado de la protección de datos de nuestros pacientes.
- Enfermería cuando está trabajando, tiene mayor cuidado de mostrar los registros de los pacientes.
- Los propios trabajadores solicitan una trituradora de papel en el Control de Enfermería.

Todo esto nos ayuda a valorar el impacto que el proyecto está teniendo. No obstante, somos conscientes que el registro de notificación y el de incidencias, tanto en papel como digitalizado, marcará el mayor método de obtención de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está contento con los resultados alcanzados hasta el momento, trabajamos sabiendo que inculcar nuevos hábitos, maneras de trabajar para respetar la LOPD, supone esfuerzo y tiempo.

El proyecto no está suponiendo gastos económicos y tendrá a largo plazo un efecto multiplicador, ya que por nuestra unidad pasa numeroso personal que, a su vez rota por otros servicios del hospital, personal que se ve condicionado a cumplir la normativa de la LOPD.

Si seguimos apreciando a lo largo del próximo año un cambio significativo y evaluamos resultados, podemos implantar este proyecto en otras unidades de nuestro Hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/868 ===== ***

Nº de registro: 0868

Título
GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA, OLARTE MOLINERO ANA, GARCIA NARVAIZ CRISTINA, SANZ FRANCO ESTHER, OCHOA CALVO MARIA PILAR

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: Datos del paciente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: LOPD vigente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Ley Orgánica 15/1999, de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y el R.D. 1720/2007, de 21/XII, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada LOPD, junto como el nuevo Reglamento de la UE del 25 de Mayo de 2018 sobre LOPD, son las disposiciones básicas de obligado cumplimiento para todas las empresas y profesionales que, en el desarrollo de su actividad, traten datos de carácter personal. El objeto de la ley es garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

RESULTADOS ESPERADOS

Desde nuestro servicio de Geriatría sentimos la necesidad de mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes velando por el cumplimiento de la legislación sobre protección de datos y controlar su aplicación" (art. 37.1 a). El proyecto se realizaría dentro de nuestro Servicio de Geriatría, teniendo como población Diana todo paciente masculino y femenino ingresado. En el transcurso de su estancia manejamos datos de carácter personal que se realizan en nuestro ámbito hospitalario y estos incluyen datos de salud, considerados datos sensibles o especialmente protegidos y, como tales, tienen un régimen de garantías más reforzado
La voluntad de humanización de nuestro servicio de Geriatría y mantener el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, nos lleva a trabajar de manera especial la protección de Datos, para cumplir en la medida de nuestras posibilidades, la LOPD vigente y así asegurara la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

MÉTODO

- Constituir un grupo que ayude a la implantación y seguimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos. Estará formado por un equipo multidisciplinar del Servicio de Geriatria.
 - El personal del Servicio de Geriatria tendrá conocimientos de la Ley Orgánica 15/1999 de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)
 ? Real Decreto 1720/2007, de 21/XII, de Desarrollo de la LOPD
 ? Nuevo Reglamento Europeo de PD, 25 Mayo 2018
 - Desde este conocimiento y sensibilización sobre el tema, se sabrá que se debe y se puede realizar para mejorar aspectos relacionados con la calidad y la confidencialidad de los datos personales de nuestros pacientes.
 -Se abrirá un fichero en formato informático y papel, para registrar todas las incidencias relacionadas con el manejo de la LOPD. Dicho fichero se llamara: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS

INDICADORES

El Fichero de: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS, nos servirá para valorar si desde nuestro Servicio de Geriatria ha habido una mejora progresiva respecto al cumplimiento de la LOPD. Además para abordar estas cuestiones, se hará una evaluación de la evolución o posible cambio de diferentes debilidades encontradas en nuestra unidad de Geriatria, y sus posibles soluciones, (Ver tabla Excel, Quiebras de Seguridad de la LOPD), que hagan de nuestro trabajo como equipo multidisciplinar un cumplimiento de la normativa de la Ley de Protección de Datos.

DURACIÓN

Desde Junio del 2018 a junio 2019 se trabajara de forma intensiva en el tratamiento de la mejora de Protección de Datos en nuestra Unidad de Geriatria. Para ello el equipo constituido por todas las categorías laborales que trabajan diariamente con datos de nuestros pacientes/usuarios. Mantendrán diferentes reuniones marcadas en el Cronograma de Actividades y realizara una Evaluación de impacto:

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo			
Reuniones							
Equipo	X	X		X	X	X	X
Formación							
Personal	X				X		
Evaluación					X		X

OBSERVACIONES

- El servicio de Geriatria cree en la LOPD y por esta razón se desea:
- 1- Crear un equipo Multidisciplinar de Protección de Datos.
 - 2- Elaborar un registro de actividades.
 - 3- Realizar una evaluación de impacto antes del inicio del tratamiento de datos y al cabo de doce meses.
 - 4- Establecer mecanismos y procedimientos de notificación de quiebras de seguridad y evaluar su impacto en la protección de datos. (Fichero)
 - 5- Adecuar los formularios según el derecho a la información y los datos que debe conocer el usuario como la finalidad de los datos personales, su uso y los derechos que tienen esos datos.
 - 6- Adaptar los mecanismos y procedimientos para el ejercicio de derechos.
 - 7- Valorar si el personal sanitario de Geriatria muestra sensibilización y adaptación a la LOPD.
 - 8- Elaborar o adaptar, según nuestras posibilidades como unidad, una política de privacidad acorde a las condiciones del nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos.
 - 9- Formar al personal para que conozcan las características, las responsabilidades y los requisitos que se deben cumplir respecto a la LOPD.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA SANJUAN BARCELONA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLARTE MOLINERO ANA
GARCIA NARVAIZ CRISTINA
SANZ FRANCO ESTHER
OCHOA CALVO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La presente memoria va a reflejar nuestro segundo año de andadura dentro de este proyecto, llevado a cabo en el Servicio de Geriatria del Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza.

Dos años de trabajo intensos como equipo multidisciplinar, un trabajo reflejado en el día a día, en lo cotidiano, insistiendo, enseñando/formando, mostrando la importancia de cumplir la LOPD.

Estamos satisfechas con lo conseguido, vemos resultados marcados sobre los objetivos fundamentales que nos habíamos fijado.

Hemos realizado:

- Tres reuniones de equipo multidisciplinar y numerosa comunicación.
- Dos formaciones para el personal médico, una sobre aspectos prácticos de la Confidencialidad en el trabajo clínico, llevada a cabo por el comité de ética asistencial I, y otra sobre la LOPD dirigida también a todo el equipo médico de Geriatria, impartida por la Doctora Pilar Ochoa. En ambas se utilizo Power Point
- Dos formaciones impartidas por M^a Victoria Sanjuán, Enfermera, dirigidas al personal de enfermería, TCAES y personal celador. Una formación en el mes de marzo y otra en junio, en ambas se utilizo un Power Point en el que se explicó como el paciente es cada vez más consciente del papel central que tiene en la asistencia sanitaria y su capacidad de autodeterminación, de su información y los usos que se hagan en la misma. Se informo sobre la LOPD, el Reglamento Europeo del 25 de mayo de 2018 y como nos afecta y exige.
- Se formo y puso en marcha un registro de incidencias, dicho archivo, digitalizado y también con copia de papel, registra la incidencia, la describe y marca sus posibles efectos, así como las medidas adoptadas y pasos realizados para su resolución. Este archivo se encuentra dentro del despacho de Supervisión de Enfermería de nuestro Servicio.
- Colocación de máquina trituradora en la sala de trabajo del personal sanitario.
- Acceso en los dos corchos del personal sanitario sobre las formaciones impartidas en nuestra planta, (impresos los Power Point).
- Revisión de la Tabla de Excel de fallos encontrados sobre LOPD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido que el personal de Geriatria esté formado sobre:

- Legislación: LOPD 1999 y RD 2007
- Información Reglamento de UE Mayo 2018 y Power sobre los principios y derechos del reglamento.
- Ley de Autonomía del paciente 41/2002
- Protección de datos personales relacionados con la salud y diferente documentación sobre el tema.

También se ha ido formando al personal que se ha ido incorporando a nuestro servicio.

Se ha logrado que los documentos que contengan datos de carácter personal de nuestros pacientes, sean destruidos en la máquina trituradora de papel.

Hemos conseguido tratar los datos del paciente con conciencia de privacidad y crear un fichero de incidencias y resoluciones.

Se ha mejorado en la privacidad de la información de la evolución del paciente, el personal de enfermería no deja visible sus registros cuando está trabajando con los carros de material, como es el caso del reparto de medicación. No se deja información sobre pruebas, altas o ingresos encima del mostrador del control de enfermería, se guardan en carpetas en las que los datos están protegidos. Se eliminan bien los datos del paciente. Nuestra comunicación sobre el paciente es más cuidadosa, se cierra la puerta del despacho de enfermería en los cambios de turno, no se habla de un paciente dentro de la habitación de otro, en pasillos con gente alrededor, etc... Se tiene cuidado en no dejar visible los datos del paciente cuando están sus historias clínicas pendientes de archivar. Se cogen las llamadas de los pacientes que nos hacen desde la habitación, por el teléfono y no con manos libres.

Tenemos carteles por diferentes zonas donde trabajamos que nos recuerdan que tenemos que garantizar y proteger la LOPD como derecho de nuestros pacientes.

Con estas acciones, medidas tomadas, hemos conseguido SEGURIDAD de los datos obtenidos y CONFIDENCIALIDAD, medidas garante de la seguridad de los datos y de nuestros pacientes y lo que es más importante, una base sólida que debe perdurar en nuestro trabajo diario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos notablemente el esfuerzo realizado por todo el personal de nuestra unidad. Por nuestra parte ha sido un trabajo lento, de ir formando para tomar conciencia y de ir corrigiendo con delicadeza y constancia los malos hábitos adquiridos respecto al cumplimiento de la LOPD. Vemos resultados, hemos mejorado notablemente y queda una base sólida que se puede mantener si se va formando al nuevo personal que se vaya incorporando a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

nuestra unidad.

El proyecto no ha supuesto gastos económicos y tendrá a largo plazo un efecto multiplicador, ya que por nuestra unidad pasa numeroso personal que, a su vez rota por otros servicios del hospital, personal que se forma y toma conciencia del cumplimiento de la LOPD.

Cerramos este proyecto, dos años de andadura satisfactoria, de trabajo en equipo, de esfuerzo y constancia, de trabajo en el día a día, de formación/información. Sabemos que tenemos que hacer y como tenemos que hacerlo, como nos afecta la LOPD y que derechos tienen nuestros pacientes. Seguiremos trabajando para mejorar y para que no se pierda todo lo alcanzado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/868 ===== ***

Nº de registro: 0868

Título
GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA, OLARTE MOLINERO ANA, GARCIA NARVAIZ CRISTINA, SANZ FRANCO ESTHER, OCHOA CALVO MARIA PILAR

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: Datos del paciente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: LOPD vigente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ley Orgánica 15/1999, de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y el R.D. 1720/2007, de 21/XII, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada LOPD, junto como el nuevo Reglamento de la UE del 25 de Mayo de 2018 sobre LOPD, son las disposiciones básicas de obligado cumplimiento para todas las empresas y profesionales que, en el desarrollo de su actividad, traten datos de carácter personal. El objeto de la ley es garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

RESULTADOS ESPERADOS
Desde nuestro servicio de Geriatria sentimos la necesidad de mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes velando por el cumplimiento de la legislación sobre protección de datos y controlar su aplicación" (art. 37.1 a). El proyecto se realizaría dentro de nuestro Servicio de Geriatria, teniendo como población Diana todo paciente masculino y femenino ingresado. En el transcurso de su estancia manejamos datos de carácter personal que se realizan en nuestro ámbito hospitalario y estos incluyen datos de salud, considerados datos sensibles o especialmente protegidos y, como tales, tienen un régimen de garantías más reforzado
La voluntad de humanización de nuestro servicio de Geriatria y mantener el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, nos lleva a trabajar de manera especial la protección de Datos, para cumplir en la medida de nuestras posibilidades, la LOPD vigente y así asegurara la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan.

MÉTODO
- Constituir un grupo que ayude a la implantación y seguimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos. Estará formado por un equipo multidisciplinar del Servicio de Geriatria.
- El personal del Servicio de Geriatria tendrá conocimientos de la
? Ley Orgánica 15/1999 de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)
? Real Decreto 1720/2007, de 21/XII, de Desarrollo de la LOPD
? Nuevo Reglamento Europeo de PD, 25 Mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUÍA DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA

- Desde este conocimiento y sensibilización sobre el tema, se sabrá que se debe y se puede realizar para mejorar aspectos relacionados con la calidad y la confidencialidad de los datos personales de nuestros pacientes.
-Se abrirá un fichero en formato informático y papel, para registrar todas las incidencias relacionadas con el manejo de la LOPD. Dicho fichero se llamara: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS

INDICADORES

El Fichero de: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS, nos servirá para valorar si desde nuestro Servicio de Geriatria ha habido una mejora progresiva respecto al cumplimiento de la LOPD. Además para abordar estas cuestiones, se hará una evaluación de la evolución o posible cambio de diferentes debilidades encontradas en nuestra unidad de Geriatria, y sus posibles soluciones, (Ver tabla Excel, Quiebras de Seguridad de la LOPD), que hagan de nuestro trabajo como equipo multidisciplinar un cumplimiento de la normativa de la Ley de Protección de Datos.

DURACIÓN

Desde Junio del 2018 a junio 2019 se trabajara de forma intensiva en el tratamiento de la mejora de Protección de Datos en nuestra Unidad de Geriatria. Para ello el equipo constituido por todas las categorías laborables que trabajan diariamente con datos de nuestros pacientes/usuarios. Mantendrán diferentes reuniones marcadas en el Cronograma de Actividades y realizara una Evaluación de impacto:

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo			
Reuniones							
Equipo	X	X		X	X	X	X
Formación							
Personal	X				X		
Evaluación					X		X

OBSERVACIONES

El servicio de Geriatria cree en la LOPD y por esta razón se desea:

- 1- Crear un equipo Multidisciplinar de Protección de Datos.
- 2- Elaborar un registro de actividades.
- 3- Realizar una evaluación de impacto antes del inicio del tratamiento de datos y al cabo de doce meses.
- 4- Establecer mecanismos y procedimientos de notificación de quiebras de seguridad y evaluar su impacto en la protección de datos. (Fichero)
- 5- Adecuar los formularios según el derecho a la información y los datos que debe conocer el usuario como la finalidad de los datos personales, su uso y los derechos que tienen esos datos.
- 6- Adaptar los mecanismos y procedimientos para el ejercicio de derechos.
- 7- Valorar si el personal sanitario de Geriatria muestra sensibilización y adaptación a la LOPD.
- 8- Elaborar o adaptar, según nuestras posibilidades como unidad, una política de privacidad acorde a las condiciones del nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos.
- 9- Formar al personal para que conozcan las características, las responsabilidades y los requisitos que se deben cumplir respecto a la LOPD.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0884

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ESTAUN FERNANDEZ
· Profesión TCAE
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORTOLES ALFARO AZUCENA
SALDAÑA MILLAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras el estudio del proyecto de la Guía, es ofrecida al personal junto con un cuestionario de cinco items, para comprobar utilidad, claridad, grado de satisfacción y sugerencias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El análisis de los items demuestran resolución de dudas, explicaciones claras y útiles, es decir logro del objetivo alcanzado con un alto grado de satisfacción

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena experiencia, informar para facilitar el trabajo a través de Herramientas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/884 ===== ***

Nº de registro: 0884

Título
GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
ESTAUN FERNANDEZ TERESA, PORTOLES ALFARO AZUCENA, SALDAÑA MILLAN MARTA

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:
Línea Estratégica ..: Eficiencia
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Para ofrecer una mejor asistencia integral y de eficacia a los pacientes del servicio de Geriátrica, es necesario elaborar una Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriátrica, que ofrezca orientación e información, tanto al profesional del servicio, como al personal que se incorpore al mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar información al profesional de forma clara y precisa, recogida en la Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriátrica, tal como: estructura Física de la Unidad, estructura del Personal, de Turnos, Lencería/Vestuarios, Herramientas Informáticas disponibles...
Herramienta a disposición del profesional que ya forma parte del servicio de Geriátrica como para el personal que se incorpore, inclusive el personal en prácticas. Disipando cualquier duda existente facilitando el trabajo y procurar una asistencia integral al paciente con eficacia.
Consolidar formación disminuyendo la carga formativa al resto del equipo.
Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.

MÉTODO

Se propone para el Proyecto de la elaboración de la Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriátrica, diferentes reuniones, la primera para reparto de actividad a desarrollar por componente, otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0884

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

para nuevos planteamientos, ajustes, aclarar dudas, preguntas...

Una vez finalizada la Guía, quedara a disposición de quien la precise, ofreciéndola a la recepción del nuevo profesional en el servicio de Geriatria.

INDICADORES

Plan de evaluación sistemática de la eficacia de la Guía, cronograma que muestre momentos y espacios para la evaluación, componentes del equipo evaluador, medios y técnicas a usar para la obtención y recogida de datos por medio de indicadores.

Indicador de Logros: evaluar y lograr, que los pacientes lleven su respectiva pulsera identificativa, al final del proyecto.

Indicador de Actividades: evaluar ejecución, realización, número persona, llevar a cabo la revisión del Carro de Parada cada 1er sábado de mes junto y bajo supervisión de un/a Enfermera.

Indicador de Impacto: evaluar, cambios esperados y deseados, indicadores que permitan conocer el grado de satisfacción del profesional (ajuste de logros, expectativas, satisfacción) a través de encuestas

DURACIÓN

Comenzar el proyecto para la elaboración de una Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatria, en cuanto se nos autorice para ello, estimando un periodo de unos 5 a 6 meses, dado por finalizado el proyecto para Noviembre del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ GAMBOA HUARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORRALES CARDENAL JORGE E
MURILLO ERAZO CLAUDIA P
REBOLLAR TORRES ELENA
CONCEJERO PARDOS ROSA
GRACIA MENDOZA DIANA
PORTOLES ALFARO AZUCENA
LARREA GIMENO JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo de 2018 un grupo de profesionales que trabajábamos en el servicio de Geriatria del Hospital Nuestra Señora de Gracia nos reunimos y decidimos organizar un grupo de trabajo cuyo objetivo era la mejora en la atención a los pacientes paliativos ingresados en dicha unidad. El grupo está integrado por: 2 FEA de Geriatria, 4 MIR de Geriatria, 6 enfermeras, 1 farmacéutica y 1 TCAE. Contamos con el Apoyo del Responsable de Informática del Hospital.

La finalidad era analizar necesidades y proponer medidas asistenciales y organizativas que influyesen en la calidad de atención. Acordamos elevar actas de nuestras reuniones para confeccionar documentos que elevaríamos a los responsables (Jefe de Servicio y Director del centro) para facilitar la aplicación de las medidas.

El contrato de Gestión del año 2018 planteaba líneas estratégicas de actuación en este campo, lo que motivó la presentación de un proyecto de mejora de calidad el día 25 de mayo de 2018. Lamentablemente las condiciones para la presentación del proyecto limitaba el número de participantes a 8, a pesar de que el grupo de trabajo contaba con más miembros, obligándonos a una selección representativa del grupo principal.

Hemos mantenido reuniones periódicas, y establecimos en diciembre la necesidad de una reunión mensual con una fecha fija periódica (3er miércoles de mes) para el 2019.

Hemos trabajado en la comprensión y capacitación en la escala NecPal de los miembros del grupo. Se ha propuesto a los FEAs del Servicio de Geriatria su inclusión en la historia física del paciente.

El subgrupo de enfermería ha trabajado en una propuesta de manejo de la vía subcutánea. Nuestra intención es presentarla en una futura sesión hospitalaria.

También hemos captado la necesidad de realizar un estudio del uso de opioides menores y mayores en la Unidad Geriatria A y en las camas asignadas en la Unidad Geriatria B (ORTOGERIATRIA y...) que incluya tipo de indicación, fármaco empleado y circuito de dispensación.

A lo largo del tiempo se ha solicitado de forma explícita a las sucesivas Direcciones la necesidad de definir el uso de las camas "polivalentes" de la citada Unidad Geriatria B, previamente a 2011 destinadas a Geriatria y con posterioridad a fines variables y de alguna manera ineficiente, y manifestado con periodicidad. Mientras tanto, en función de la disponibilidad, se ha intentado y solo parcialmente conseguido en algunos pacientes, facilitar la atención al final de la vida de manera apropiada en cualquiera de las camas del Servicio bloqueando una de las camas en las habitaciones dobles del servicio que son todas menos una.

Hemos propuesto a la Comisión de Formación del Sector I la realización de dos cursos de Cuidados Paliativos en Geriatria dirigido a profesionales de Atención Especializada y Atención Primaria (médicos y enfermeras).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza sesión docente en junio de 2018 para los residentes del servicio de Geriatria.

El día 25 de octubre de 2018 Beatriz Gamboa impartió en el Centro de Salud Picarral una sesión sobre informe de alta específico de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos del Servicio de Geriatria dentro de sus sesiones acreditadas.

Se nos ha concedido la realización de una edición del curso Cuidados Paliativos en Geriatria en mayo de 2019.

Protocolo de manejo de la vía subcutánea en pacientes paliativos en el Servicio de Geriatria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo en equipo enriquece los resultados obtenidos. La detección de la necesidad de cuidados paliativos puede emerger en cualquier intervención de cualquier miembro del equipo, manifestada por el paciente o por el cuidador. La atención al paciente anciano, y particularmente en el anciano paliativo, precisa de una actuación coordinada, donde el grupo, garantiza una ganancia marginal que nadie pone en duda.

La motivación del grupo es elevada. Es imprescindible el reconocimiento explícito de la existencia del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatria (GTCPenGER). Pero la obtención de resultados no solo depende de nuestra motivación. Está ligada al compromiso de la administración en la consecución de objetivos, favoreciendo las reuniones y apoyando las medidas de mejora que se recomiendan por parte del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatria.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1051 ===== ***

Nº de registro: 1051

Título
CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

Autores:
GAMBOA HUARTE BEATRIZ, CORRALES CARDENAL JORGE E, MURILLO ERAZO CLAUDIA P, REBOLLAR TORRES ELENA, CONCEJERO PARDOS ROSA, GRACIA MENDOZA DIANA, PORTOLES ALFARO AZUCENA, LARREA GIMENO 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: CUIDADO PALIATIVO
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento global de la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas, discapacidades importantes y prolongadas fases de convalecencia favorece el terreno para que los cuidados paliativos ganen mayor importancia. A pesar de ello, existe información limitada sobre las características de los pacientes que son subsidiarios de estos cuidados.

Distintos miembros del servicio de Geriátrica (FEA y MIR) y de Informática y Atención Primaria hemos presentado iniciativas de mejora de la calidad al programa de Gestión de Proyectos en el Servicio Aragonés de Salud (2015_545; 2016_855; 2016_1789). Se ha trabajado en la identificación y la visibilización. En este último caso favoreciendo la continuidad asistencial con Atención Primaria.

Desde el 1 de enero de 2016 al 30 de septiembre de 2017 se dieron de alta del servicio 313 pacientes subsidiarios de tratamiento paliativo. En este periodo se produce el cambio de la CIE9 a la CIE10 como instrumento de codificación de las altas hospitalarias. Con ello se produce un cambio en el código de identificación que pasa de V66.7 a Z51.5 (contacto sanitario para cuidados paliativos).

En la comunidad científica se está extendiendo una filosofía de abordaje más longitudinal en las enfermedades crónicas. Esta corriente se traduce en la teoría de los triángulos invertidos, donde en el momento del diagnóstico de enfermedad, todo profesional socio sanitario debe tener en cuenta las necesidades paliativas del paciente, permitiendo una transición fluida desde las expectativas curativas hasta los cuidados de control de síntoma y mantenimiento de la calidad de vida, el respeto a morir dignamente y el abordaje de la espiritualidad y del duelo.

Tras estas reflexiones, y habiendo conocido datos de la magnitud detectada en el servicio de este grupo de pacientes, se propone crear una línea de trabajo y mejora para implementar medidas tanto organizativas como asistenciales. Se constituye un grupo interprofesional constituido por FEA y MIR de Geriátrica, Enfermería, TCAEs, Farmacéutica e Informática.

RESULTADOS ESPERADOS

- Consolidar un grupo de trabajo interdisciplinar en cuidados paliativos en Geriátrica en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.
- Establecer una búsqueda activa del paciente tributario de cuidados paliativos.
- Crear protocolos en el sistema de prescripción electrónica e individualizada para el cuidado del tipo de paciente. Actualización de tratamientos.
- Organizar la atención a la agonía, tomando en consideración: privacidad de la muerte y la atención del duelo.
- Emisión de informes de alta específicos (Informes de Alta-Z51.5-CIAP A99) destinados a la difusión de la información en atención primaria.

MÉTODO

- Sesión/sesiones de divulgación de información de para trabajadores.
- Implantación del instrumento NECPAL-CCOMS-ICO.
- Actualización de protocolos ya existentes en el sistema de prescripción electrónica según las últimas guías y publicaciones.
- Puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos del paciente paliativo.
- Definir y dotar de espacios específicos para la correcta atención de la fase de agonía y el abordaje del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

duelo (habitación de uso individual y sala de duelo para familiares).
-Informes de alta formato Z51.5 y difusión en atención primaria.

INDICADORES

-Indicador: Número de sesiones realizadas >1. Evaluación: estándar 100%
-Indicador: Aplicación NECPAL-CCOMS-ICO. Evaluación: estándar =12% de los ingresos anuales.
-Indicador: Protocolos farmatools realizados o revisados/protocolos farmatools de paciente paliativo existentes. Evaluación: estándar 100% protocolos.
-Indicador: Habitaciones de uso individual. Evaluación: Habilitación de 2 habitaciones.
-Indicador: Informes de alta formato Z51.5. Evaluación: Número de informes/Número de pacientes NECPAL positivos =80%.
-Indicador: Sesiones en atención primaria. Evaluación: mínimo 1.

DURACIÓN

- De 1 de junio de 2018 a 31 de diciembre de 2018: desarrollo de sesiones de formación en el servicio para personal interesado para difusión del proyecto, capacitación en el manejo de escala NecPal e implantación de informes de alta.
- Dotación de recursos estructurales (habitación, sala de familiares).
- Diseño de subgrupos de trabajo y distribución de tareas.
- Año 2019: aplicación de escala NecPal, puesta en marcha de protocolos unificados de actuación farmacológica, puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos.
- Monitorización del proyecto semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ GAMBOA HUARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORRALES CARDENAL JORGE E
MURILLO ERAZO CLAUDIA P
REBOLLAR TORRES ELENA
CONCEJERO PARDOS ROSA
GRACIA MENDOZA DIANA
PORTOLES ALFARO AZUCENA
LARREA GIMENO JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo de 2018 un grupo de profesionales que trabajábamos en el servicio de Geriatria del Hospital Nuestra Señora de Gracia nos reunimos y decidimos organizar un grupo de trabajo cuyo objetivo era la mejora en la atención a los pacientes paliativos ingresados en dicha unidad. El grupo está integrado por: 2 FEA de Geriatria, 4 MIR de Geriatria, 6 enfermeras, 1 farmacéutica y 1 TCAE. Contamos con el Apoyo del Responsable de Informática del Hospital.

La finalidad era analizar necesidades y proponer medidas asistenciales y organizativas que influyesen en la calidad de atención. Acordamos elevar actas de nuestras reuniones para confeccionar documentos que elevaríamos a los responsables (Jefe de Servicio y Director del centro) para facilitar la aplicación de las medidas.

El contrato de Gestión del año 2018 planteaba líneas estratégicas de actuación en este campo, lo que motivó la presentación de un proyecto de mejora de calidad el día 25 de mayo de 2018. Lamentablemente las condiciones para la presentación del proyecto limitaba el número de participantes a 8, a pesar de que el grupo de trabajo contaba con más miembros, obligándonos a una selección representativa del grupo principal.

Hemos mantenido reuniones periódicas, y establecimos en diciembre la necesidad de una reunión mensual con una fecha fija periódica (3er miércoles de mes) para el 2019.

Hemos trabajado en la comprensión y capacitación en la escala NecPal de los miembros del grupo. Se ha propuesto a los FEAs del Servicio de Geriatria su inclusión en la historia física del paciente.

El subgrupo de enfermería ha trabajado en una propuesta de manejo de la vía subcutánea. Nuestra intención es presentarla en una futura sesión hospitalaria.

También hemos captado la necesidad de realizar un estudio del uso de opioides menores y mayores en la Unidad Geriatria A y en las camas asignadas en la Unidad Geriatria B (ORTOGERIATRIA y...) que incluya tipo de indicación, fármaco empleado y circuito de dispensación.

A lo largo del tiempo se ha solicitado de forma explícita a las sucesivas Direcciones la necesidad de definir el uso de las camas "polivalentes" de la citada Unidad Geriatria B, previamente a 2011 destinadas a Geriatria y con posterioridad a fines variables y de alguna manera ineficiente, y manifestado con periodicidad. Mientras tanto, en función de la disponibilidad, se ha intentado y solo parcialmente conseguido en algunos pacientes, facilitar la atención al final de la vida de manera apropiada en cualquiera de las camas del Servicio bloqueando una de las camas en las habitaciones dobles del servicio que son todas menos una.

Durante el año 2019 el grupo ha seguido trabajando en los objetivos planteados. Así resumidos la actividad realizada para finalizar el cronograma del proyecto en los siguientes puntos:

1. Sesiones formativas: sesión acreditada del servicio de Geriatria Dra Gamboa: "Cuidados paliativos en Geriatria: Implantación de medidas". Resumen de las actividades realizadas hasta la fecha por el grupo de calidad. 22/11/2019.

2. Curso acreditado en formación del Salud: "Curso de cuidados paliativos en Geriatria". Dirigido a médicos y enfermeras consiguiendo la cobertura de todas las plazas ofertadas y quejando personas en lista de espera. Fechas 20-21-22 de mayo.

3. Se solicitó el reconocimiento de la Dirección del Centro de un Grupo de Mejora con el nombre de "Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatria (GTCPenGER)". Presentado en mayo de 2019 y autorizado en agosto de 2019. Integrantes: 15 (médicos, enfermeras, MIR, auxiliares, Técnico superior en sistemas informáticos y farmacéutica). El grupo se avaló por los jefes de servicio de Geriatria, Informática y Farmacia.

4. Se ha trabajado a través de la plataforma HP Doctor un formulario específico de Cuidados Paliativos que permita una visibilización con el código Z 51.5 en los informes descargados en la historia clínica electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza sesión docente en junio de 2018 para los residentes del servicio de Geriatria.

El día 25 de octubre de 2018 Beatriz Gamboa impartió en el Centro de Salud Picarral una sesión sobre informe de alta específico de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos del Servicio de Geriatria dentro de sus sesiones acreditadas.

Se nos ha concedido la realización de una edición del curso Cuidados Paliativos en Geriatria en mayo de 2019. Protocolo de manejo de la vía subcutánea en pacientes paliativos en el Servicio de Geriatria.

Número de sesiones realizadas: 4. Estandar >1. 100%.

Aplicación NecPal. Estandar 12%. 100%.

Informes de alta Z51.5. Estandar 80%. 50%.

Sesiones en atención primaria. Mínimo 1. 100%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo en equipo enriquece los resultados obtenidos. La detección de la necesidad de cuidados paliativos puede emerger en cualquier intervención de cualquier miembro del equipo, manifestada por el paciente o por el cuidador. La atención al paciente anciano, y particularmente en el anciano paliativo, precisa de una actuación coordinada, donde el grupo, garantiza una ganancia marginal que nadie pone en duda. La motivación del grupo es elevada. Es imprescindible el reconocimiento explícito de la existencia del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatría (GTCPenGER). Pero la obtención de resultados no solo depende de nuestra motivación. Está ligada al compromiso de la administración en la consecución de objetivos, favoreciendo las reuniones y apoyando las medidas de mejora que se recomiendan por parte del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatría. Nuestra reflexión al finalizar el proyecto es que algunos de los indicadores dependen de cambios estructurales como son las habitaciones individuales, los informes de alta y también los protocolos farmacológicos que requieren de un apoyo institucional explícito, para priorizar las actuaciones y por lo tanto la consecución en resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1051 ===== ***

Nº de registro: 1051

Título
CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

Autores:
GAMBOA HUARTE BEATRIZ, CORRALES CARDENAL JORGE E, MURILLO ERAZO CLAUDIA P, REBOLLAR TORRES ELENA, CONCEJERO PARDOS ROSA, GRACIA MENDOZA DIANA, PORTOLES ALFARO AZUCENA, LARREA GIMENO 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: CUIDADO PALIATIVO
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento global de la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas, discapacidades importantes y prolongadas fases de convalecencia favorece el terreno para que los cuidados paliativos ganen mayor importancia. A pesar de ello, existe información limitada sobre las características de los pacientes que son subsidiarios de estos cuidados.

Distintos miembros del servicio de Geriatría (FEA y MIR) y de Informática y Atención Primaria hemos presentado iniciativas de mejora de la calidad al programa de Gestión de Proyectos en el Servicio Aragonés de Salud (2015_545; 2016_855; 2016_1789). Se ha trabajado en la identificación y la visibilización. En este último caso favoreciendo la continuidad asistencial con Atención Primaria.

Desde el 1 de enero de 2016 al 30 de septiembre de 2017 se dieron de alta del servicio 313 pacientes subsidiarios de tratamiento paliativo. En este periodo se produce el cambio de la CIE9 a la CIE10 como instrumento de codificación de las altas hospitalarias. Con ello se produce un cambio en el código de identificación que pasa de V66.7 a Z51.5 (contacto sanitario para cuidados paliativos).

En la comunidad científica se está extendiendo una filosofía de abordaje más longitudinal en las enfermedades crónicas. Esta corriente se traduce en la teoría de los triángulos invertidos, donde en el momento del diagnóstico de enfermedad, todo profesional socio sanitario debe tener en cuenta las necesidades paliativas del paciente, permitiendo una transición fluida desde las expectativas curativas hasta los cuidados de control de síntoma y mantenimiento de la calidad de vida, el respeto a morir dignamente y el abordaje de la espiritualidad y del duelo.

Tras estas reflexiones, y habiendo conocido datos de la magnitud detectada en el servicio de este grupo de pacientes, se propone crear una línea de trabajo y mejora para implementar medidas tanto organizativas como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

asistenciales. Se constituye un grupo interprofesional constituido por FEA y MIR de Geriátrica, Enfermería, TCAEs, Farmacéutica e Informática.

RESULTADOS ESPERADOS

- Consolidar un grupo de trabajo interdisciplinar en cuidados paliativos en Geriátrica en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.
- Establecer una búsqueda activa del paciente tributario de cuidados paliativos.
- Crear protocolos en el sistema de prescripción electrónica e individualizada para el cuidado del tipo de paciente. Actualización de tratamientos.
- Organizar la atención a la agonía, tomando en consideración: privacidad de la muerte y la atención del duelo.
- Emisión de informes de alta específicos (Informes de Alta-Z51.5-CIAP A99) destinados a la difusión de la información en atención primaria.

MÉTODO

- Sesión/sesiones de divulgación de información para trabajadores.
- Implantación del instrumento NECPAL-CCOMS-ICO.
- Actualización de protocolos ya existentes en el sistema de prescripción electrónica según las últimas guías y publicaciones.
- Puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos del paciente paliativo.
- Definir y dotar de espacios específicos para la correcta atención de la fase de agonía y el abordaje del duelo (habitación de uso individual y sala de duelo para familiares).
- Informes de alta formato Z51.5 y difusión en atención primaria.

INDICADORES

- Indicador: Número de sesiones realizadas >1. Evaluación: estándar 100%
- Indicador: Aplicación NECPAL-CCOMS-ICO. Evaluación: estándar =12% de los ingresos anuales.
- Indicador: Protocolos farmatools realizados o revisados/protocolos farmatools de paciente paliativo existentes. Evaluación: estándar 100% protocolos.
- Indicador: Habitaciones de uso individual. Evaluación: Habilidad de 2 habitaciones.
- Indicador: Informes de alta formato Z51.5. Evaluación: Número de informes/Número de pacientes NECPAL positivos =80%.
- Indicador: Sesiones en atención primaria. Evaluación: mínimo 1.

DURACIÓN

- De 1 de junio de 2018 a 31 de diciembre de 2018: desarrollo de sesiones de formación en el servicio para personal interesado para difusión del proyecto, capacitación en el manejo de escala NecPal e implantación de informes de alta.
- Dotación de recursos estructurales (habitación, sala de familiares).
- Diseño de subgrupos de trabajo y distribución de tareas.
- Año 2019: aplicación de escala NecPal, puesta en marcha de protocolos unificados de actuación farmacológica, puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos.
- Monitorización del proyecto semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0166

1. TÍTULO

GUÍA DE CRONOGRAMA DE TCAES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA FELISA BORRAZ ABARDIA
· Profesión TCAE
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RESTADO CLAVERIA MARTA
CASTELLON SOLA ANA
MARTI ROGLAN MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año hemos ido aportando ideas para una buena organización en la planta y distribuir las tareas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido tener todo centralizado e informatizado de todo el trabajo que se realiza en la planta en los tres turnos mañana tarde y noche

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un aporte positivo para las o los compañeros que se incorporan a este servicio facilitándoles así la información de tareas y funciones de la planta

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/166 ===== ***

Nº de registro: 0166

Título
GUIA DE CRONOGRAMA DE TCAES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA

Autores:
BORRAZ ABARDIA FELISA, REDRADO CLAVERIA MARTA, CASTELLON SOLA ANA

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: QUIRURGICOS Y GERIATRIA
Línea Estratégica ..: Adecuación
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL ULTIMO AÑO EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA HA ACOGIDO A PACIENTES GERIATRICOS DE FORMA MAS CONTINUA A COMO LO VENIA HACIENDO, DANDO LUGAR A UNA REDISTRIBUCION DEL TRABAJO DESARROLLADO ANTERIOEMNTE CON PACIENTES INTERVENIDOS DE CADERA Y PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE ORL TRES VECES POR SEMANA. UTILIZANDO LOS MISMOS RECURSOS. POR TODO CONSIDERAMOS MUY NECESARIO ACTUALIZAR UN CRONOGRAMA DE LAS TAREAS REALIZADAS HASTA AHORA PARA PODER UNIFICAR CRITERIOS ENTRE EL PERSONAL Y TENER UN DOCUMENTO DE INFORMACION Y FORMACION PARA LAS TCAES QUE SE PUEDA INCORAPORAR A LA UNIDAD TANTO DE FORMA TEMPORAL COMO DEFINITIVA.

RESULTADOS ESPERADOS
DISTRIBUIR EL TRABAJO A LO LARGO DE LOS TRES TURNOS DE FORMA EFICIENTE Y EFICAZ.
MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA CALIDAD DE CUIDADOS A LOS PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRA UNIDAD.
CONSEGUIR EL MAYOR PORCENTAJE POSIBLE DE PARTICIPACION DE LAS TCAES DEL SERVICIO Y UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACION.
FORMAR E INFORMAR A TODOS AQUELLAS TCAES QUE ENTREN EN LA UNIDAD

MÉTODO
. A LO LARGO DEL AÑO LAS TCAES DE LA UNIDAD IRAN APORTANDO IDEAS QUE SE ANOTARAN EN UNA HOJA EXCEL DISPUESTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0166

1. TÍTULO

GUÍA DE CRONOGRAMA DE TCAES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA

EN ORDENADOR DEL TRABAJO.

EL EQUIPO REALIZARA TRES REUNIONES EN EL AÑO PARA IR RECOGIENDO LAS IDEAS Y VALORAR QUE SU INTRODUCCION EN EL CRONOGRAMA CUMPLE LOS OBJETIVOS DE SER EFICACES Y EFICIENTES, Y A SU VEZ PODER IR UNIFICANDO CRITERIOS. SE REALIZARÁ UNA JUSTIFICACION TANTO DE SU ACEPTACION O RECHAZO.

YA EN LA ULTIMA REUNION: SE CONFIGURARÁ EL CRONOGRAMA DEFINITIVO Y

SE ANOTARÁ EL NUMERO IDEAS APORTADAS AL PROYECTO PUDIENDO VALORAR EL GRADO DE PARTICIPACION POR PARTE DE TODO EL SERVICIO

INDICADORES

% PARTICIPACION DE TCAES DE LA UNIDAD

% TCAES A LAS QUE SE LES HA PRESENTADO EL DOCUMENTO TANTO DE LA UNIDAD COMO DE PASO POR LA UNIDAD.

VALORACION DE LA EFICACIA DEL DOCUMENTO POR ENCUESTA DE VALORACION.

DURACIÓN

PROYECTO SE INICIARÁ CON UNA PRIMERA REUNION EN MARZO PARA CONIGURAR LA PAGINA EXCEL Y DEJARLA PREPARADA PARA ANOTACIONES DE NUEVAS IDEAS Y SE COLGARÁ EL CRONOGRAMA CON LAS TAREAS MAS GENERALES DE LOS TRES TURNOS.

2ª REUNION EN JUNIO DONDE SE REVISARÁ LAS IDEAS APORTADAS HASTA EL MOMENTO Y SE VAORARAN POR EL EQUIPO.

EN NOVIEMBRE-DICIEMBRE SE REALIZARÁ LA ULTIMA REUNION PARA SU CONFIGURACION DEFINITIVA.

AÑO 2020 IMPLEMENTARLO EN EL SERVICIO Y CONFECIONAR Y VALORAR LA ENCUESTA DE VALORACION.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0169

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MARTINEZ MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRIDO MARTINEZ LUISA
CSATELLANOS SANCHO ESTHER
SUÑER SUÑER SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DESCRIBIR LA CRONOLOGIA DE LAS ACTUACIONES DE ENFERMERIA EN UNA JORNADA DE TRABAJO A LO LARGO DE UNA SEMANA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OPTIMIZAR LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES A TRAVES DEL ANALISIS DEL ORDEN Y TIEMPO UTILIZADO EN REALIZAR LAS TAREAS ASISTENCIALES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE DISTRIBUYE MEJOR LA CARGA ASISTENCIAL CON LO QUE LA ATENCION AL PACIENTE ES DE MAS CALIDAD

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/169 ===== ***

Nº de registro: 0169

Título
GUIA DE CRONOGRAMA DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIAY CIRUGIA

Autores:
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES, GARRIDO MARTINEZ LUISA, SUÑER SUÑER SILVIA

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: quirurgico y geriatría
Línea Estratégica ..: Adecuación
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
. EN EL ULTIMO AÑO EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA HA ACOGIDO A PACIENTES GERIATRICOS DE FORMA MAS CONTINUA A COMO LO VENIA HACIENDO, DANDO LUGAR A UNA REDISTRIBUCION DEL TRABAJO DESARROLLADO ANTERIOEMNTE CON PACIENTES INTERVENIDOS DE CADERA Y PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE ORL TRES VECES POR SEMANA. UTILIZANDO LOS MISMOS RECURSOS. POR TODO CONSIDERAMOS MUY NECESARIO ACTUALIZAR UN CRONOGRAMA DE LAS TAREAS REALIZADAS HASTA AHORA PARA PODER UNIFICAR CRITERIOS ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y TENER UN DOCUMENTO DE INFORMACION Y FORMACION PARA LAS ENFERMERAS QUE SE PUEDAN INCORPORAR A LA UNIDAD TANTO DE FORMA TEMPORAL COMO DEFINITIVA.

RESULTADOS ESPERADOS
. DISTRIBUIR EL TRABAJO A LO LARGO DE LOS TRES TURNOS DE FORMA EFICIENTE Y EFICAZ.
MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA CALIDAD DE CUIDADOS A LOS PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRA UNIDAD.
CONSEGUIR EL MAYOR PORCENTAJE POSIBLE DE PARTICIPACION DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO Y UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACION
FORMAR E INFORMAR A TODOS AQUELLAS ENFERMERAS QUE ENTREN EN LA UNIDAD

MÉTODO
. A LO LARGO DEL AÑO LAS ENFERMERAS DE LA UNIDAD IRAN APORTANDO IDEAS QUE SE ANOTARAN EN UNA HOJA EXCEL DISPUESTA EN ORDENADOR DEL TRABAJO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0169

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA

EL EQUIPO REALIZARA TRES REUNIONES EN EL AÑO PARA IR RECOGIENDO LAS IDEAS Y VALORAR QUE SU INTRODUCCION EN EL CRONOGRAMA CUMPLE LOS OBJETIVOS DE SER EFICACES Y EFICIENTES, Y A SU VEZ PODER IR UNIFICANDO CRITERIOS. SE REALIZARÁ UNA JUSTIFICACION TANTO DE SU ACEPTACION O RECHAZO. YA EN LA ULTIMA REUNION: SE CONFIGURARÁ EL CRONOGRAMA DEFINITIVO Y SE ANOTARÁ EL NUMERO DE IDEAS APORTADAS AL PROYECTO PUDIENDO VALORAR EL GRADO DE PARTICIPACION POR PARTE DE TODO EL SERVICIO

INDICADORES

% PARTICIPACION DE ENFERMERAS DE LA UNIDAD

% E3NFERMERAS A LAS QUE SE LES HA PRESENTADO EL DOCUMENTO TANTO DE LA UNIDAD COMO DE PASO POR LA UNIDAD. VALORACION DE LA EFICACIA DEL DOCUMENTO POR ENCUESTA DE VALORACION.

DURACIÓN

PROYECTO SE INICIARÁ CON UNA PRIMERA REUNION EN MARZO PARA CONIGURAR LA PAGINA EXCEL Y DEJARLA PREPARADA PARA ANOTACIONES DE NUEVAS IDEAS Y SE COLGARÁ EL CRONOGRAMA CON LAS TAREAS MAS GENERALES DE LOS TRES TURNOS. 2ª REUNION EN JUNIO DONDE SE REVISARÁ LAS IDEAS APORTADAS HASTA EL MOMENTO Y SE VAORARAN POR EL EQUIPO. EN NOVIEMBRE-DICIEMBRE SE REALIZARÁ LA ULTIMA REUNION PARA SU CONFIGURACION DEFINITIVA. AÑO 2020 IMPLEMENTARLO EN EL SERVICIO Y CONFECIONAR Y VALORAR LA ENCUESTA DE VALORACION.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0235

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HNSG TOMO II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES PEREZ MILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARROYO RAMOS ESTHER
CANO LATORRE ALEJANDRA
CORDOVILLA ESTEBAN ANA
MARTIN CALVO VIRGINIA
PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN
TORRES ANDRES MARIA ANGELES
TOMEIO FERRER MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 14 reuniones a lo largo de 2019 para elaborar y revisar los procedimientos presentados. Se realizó la presentación del Manual de Procedimientos de Enfermería del HNSG TOMO II al personal de enfermería y facultativos el 21 de noviembre de 2019. En diciembre de 2019 se elaboró y distribuyó una encuesta por los diferentes servicios del hospital, para la valoración del manual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado un total de 45 encuestas y se han obtenido los siguientes resultados: El manual lo conocen un 96% de los encuestados, de los cuales saben localizarlo un 93%. Lo han usado un 71% que lo consideran útil y de fácil manejo. Un 86% considera que el proyecto es innovador y no han echado en falta ningún procedimiento. La puntuación del manual ha sido de 9 sobre 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Manual de técnicas y procedimientos de enfermería ha resultado ser una herramienta muy útil para prestar, mejorar y garantizar la continuidad y calidad de los cuidados de enfermería al paciente, de acuerdo con las normas y filosofía del centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/235 ===== ***

Nº de registro: 0235

Título
ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HNSG TOMO II

Autores:
PEREZ MILLA MARIA ANGELES, ARROYO RAMOS ESTHER, CANO LATORRE ALEJANDRA, CORDOVILLA ESTEBAN ANA, MARTIN CALVO VIRGINIA, PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN, TORRES ANDRES MARIA ANGELES, TOMEIO FERRER MONICA

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: Población con cuidados universales
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar y garantizar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procedimientos de enfermería sirven para unificar los criterios de actuación, reducir la diversidad de la práctica clínica y garantizar la calidad del proceso asistencial. Sirve a los profesionales como guía de consulta. En 2017 se presentó El Manual de Procedimientos de Enfermería del HNSG Tomo II, agrupando los procedimientos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0235

1. TÍTULO

ELABORACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HNSG TOMO II

según la clasificación de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
En este proyecto de calidad nos planteamos la necesidad de dar continuidad a este manual, con técnicas de enfermería que se encuentran fuera de las necesidades de Virginia Henderson

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar las técnicas y procedimientos de cuidados más frecuentes a los profesionales de Enfermería, siendo una herramienta útil para prestar los cuidados enfermeros diarios.
- Proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y unificados, de acuerdo con las normas y filosofía del centro para conseguir una asistencia integral y continuada a los pacientes
- Mejorar y garantizar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera

MÉTODO

Elaboración del Manual de Procedimientos de Enfermería del HNSG Tomo II, agrupando los procedimientos según procesos de intervención y valoración de enfermería

INDICADORES

- Realizar una encuesta al personal y a los estudiantes de enfermería en prácticas que contenga preguntas relativas a la utilidad y grado de satisfacción de este manual.
- Porcentaje de personal que tiene conocimientos del contenido del Manual
 - Grado de satisfacción del personal

DURACIÓN

El Manual de Procedimientos de Enfermería, estará a disposición de todos los profesionales en la intranet del Sector Zaragoza I, en diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0383

1. TÍTULO

INFORMACION DEL PROCESO HOSPITALARIO DE FRACTURA DE CADERA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

Fecha de entrada: 21/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MESA LAMPRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPOS SANZ ASUNCION
CANALES CORTES VICENTE
GARRIDO MARTINEZ LUISA
LABARI SANZ GENOVEVA
MARCO BES TERESA
ROMO CALVO LAURA
SCHADEGG PENA DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Basándonos en una encuesta realizada a pacientes y familiares en el año 2018, conocimos las inquietudes de éstos durante el ingreso por una fractura de cadera. Se recogieron en un listado problemas relacionados con el tipo de fractura y tratamiento, la demora de la intervención, el tipo de anestesia, dudas acerca de la movilización pre y postquirúrgica, complicaciones posibles tanto médicas como quirúrgicas, la rehabilitación, tiempo de ingreso, cada cuanto se debe curar la herida quirúrgica, a qué silla es conveniente levantarlo, ayudas sociales, etc.

Una vez conocidas las cuestiones sobre las que querían ser informados, el equipo de 8 personas se subdividió y se repartió los temas según afinidades y profesión en una reunión presencial realizada el 31 de mayo de 2019:

-Equipo 1: traumatólogo
-Equipo 2: rehabilitadora (9ª persona no certificable) y fisioterapeutas
- Equipo 3: Geriatra y MIR de geriatría
- Equipo 4: enfermeras
- Equipo 5: trabajadora social

Durante todo el verano se trabajó en los diferentes bloques y tras una puesta en común de forma telemática y el 11 de noviembre de presencia física, se presentó el trabajo en una sesión el día 13 de noviembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. El proyecto se ha acabado antes de febrero de 2020 como se había propuesto.

Se ha alcanzado el estándar ya que se ha conseguido haber ordenado y unificado todo el material a la espera de la obtención física del cuadernillo que será el límite superior y que ya no depende del grupo de trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. En el proyecto de 2018 se realizó el folleto que contestaba las dudas que se generaban al llegar al domicilio tras el proceso de fractura de cadera y en el proyecto de 2019 hemos querido completar la serie con otro folleto que tranquilice y responda a todas aquellas preguntas que se hacen tanto los pacientes como sus familiares mientras están en el hospital.

En el primer caso, se consideró que el folleto podía estar colgado en la web de saludinforma y la aceptación ha sido muy buena. No obstante, hasta que no hemos hecho una edición en papel no hemos sido conscientes de lo mucho que agradecen dicha información. Intentaremos hacer lo mismo con el folleto realizado este año.

7. OBSERVACIONES.

----- PROYECTO DE REFERENCIA ----- (Año 2019 N°Reg 383) -----

Nº de registro: 0383

Título
INFORMACION DEL PROCESO HOSPITALARIO DE FRACTURA DE CADERA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

Autores:
MESA LAMPRE MARIA PILAR, CAMPOS SANZ ASUNCION, CANALES CORTES VICENTE, GARRIDO MARTINEZ LUISA, LABARI SANZ GENOVEVA, MARCO BES TERESA, ROMO CALVO LAURA, SCHADEGG PENA DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0383

1. TÍTULO

INFORMACION DEL PROCESO HOSPITALARIO DE FRACTURA DE CADERA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Formación de familiares/cuidadores y pacientes para mejorar los resultados del proceso

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En 2018, se realiza una encuesta a las familias y a los pacientes ingresados por fractura de cadera con el objetivo de conocer la necesidad de información durante el ingreso y al alta. Las necesidades de información detectadas han sido numerosas por lo que una vez realizado un cuadernillo con información al alta, nos proponemos durante el año 2019 realizar un segundo cuadernillo explicativo del proceso durante el ingreso hospitalario.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un cuadernillo que recopile información acerca de la importancia de la fractura de cadera, diferentes tipos de fracturas y técnicas de cirugía y anestesia, posibles complicaciones médicas y quirúrgicas, tiempo desde la intervención hasta el inicio de la rehabilitación, ejercicios a realizar durante el ingreso, duración del ingreso, limitaciones tras el alta, etc. La información irá dirigida a los pacientes/familiares/cuidadores atendidos en la unidad de ortogeriatría, es decir, aquellos que causen estancia en la misma por haber presentado una fractura de cadera.

MÉTODO

Análisis de la encuesta realizada durante el año 2018. Desarrollo de los diferentes temas por parte de los integrantes del equipo, según su especialidad. Se realizará una reunión de presentación, una por cada materia analizada y una final. Una vez terminado el cuadernillo se realizará una sesión de presentación del documento al servicio de Geriatría, al de traumatología y a la Unidad de Ortojeriatría.

INDICADORES

El proyecto debe estar acabado en febrero de 2020.
Se considerará alcanzado el estándar si se consigue haber ordenado y unificado todo el material a la espera de la obtención física del cuadernillo que será el límite superior y que ya no depende del grupo de trabajo.

DURACIÓN

- marzo 2019: Primera reunión (análisis de la situación)
- Marzo-Octubre: trabajo por subgrupos y reuniones con los mismos
- Noviembre: 2ª reunión de todo el equipo (puesta en común del trabajo en grupo)
- Enero/2020: Presentación del documento

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0716

1. TÍTULO

UTILIZACIÓN SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.
REBOLLAR TORRES ELENA
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
LASALA HERNANDEZ ELISA
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
FERRER MAHAVE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Las quinolonas y fluorquinolonas (FQ) son antibióticos (AB) sintéticos utilizados en el tratamiento de un amplio espectro de infecciones bacterianas. Son un grupo de antimicrobianos cuyo uso se ha generalizado en los últimos años por su amplio espectro y cómoda posología, llegando en ocasiones a una sobreutilización. Las FQ presentan un aspecto negativo de seguridad: es el grupo terapéutico con mayor impacto ecológico, pues su uso se asocia a la selección de microorganismos resistentes. La FDA (Food and Drug Administration) ha publicado dos alertas que recomiendan restringir el uso de FQ. El Comité Europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC), ha evaluado el impacto de las reacciones adversas incapacitantes que afectan al sistema nervioso y musculoesquelético. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en su nota informativa 10/10/2018 remarca dichas recomendaciones. En Aragón, el informe CEMAE-IRASPROA del 27/11/2018 refleja su posicionamiento en el uso sistémico de FQ. Para que su preciado valor terapéutico no se vea comprometido por su impacto ecológico elevado, se debe preservar el uso de las FQ a infecciones de gravedad donde no existe otra alternativa terapéutica y no recurrir a ellas como tratamiento de primera línea.

Por ello nos planteamos en el Servicio de Geriatria del Hospital Nstra Sra de Gracia de Zaragoza realizar este Proyecto de Mejora de Calidad. Se realiza un estudio prospectivo descriptivo en los pacientes ingresados con patología infecciosa durante el año 2019.

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

- Conocer la prevalencia de utilización de FQ en el Servicio de Geriatria.
- Evaluar si es adecuada la prescripción según los criterios de utilización establecidos.
- Registrar los efectos secundarios de las FQ.
- Difundir los resultados y, si procede, establecer estrategias de mejora para la prescripción adecuada de FQ.

POBLACION DIANA: Pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria con prescripción de FQ.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS:

Se estudiaron a todos los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria del hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza con patología infecciosa y a los que se prescribió algún AB, a los largo de 10 meses, desde marzo a diciembre de 2019. Fueron 637 pacientes (475 en la Unidad de geriatría y 162 en la Unidad de ortogeriatría) y en 108 se utilizaron FQ (89 y 19 respectivamente), lo que representó un 16,9 %.

De los pacientes en los que se prescribió FQ, el 68% fueron mujeres y 32% hombres con una edad media de 87 años (DE 5,8). El 79% llevó levofloxacin y el 21% ciprofloxacino. No se utilizó moxifloxacino. Un 64% tuvieron infecciones respiratorias, un 16% urinarias, 14% dérmicas, 5% abdominales y 1% osteoarticular. Un 68% fueron infecciones consideradas no graves. El número de días medio de prescripción fue de 7 días. En un 33% de los pacientes había un registro de antecedente de alergia/intolerancia a beta lactámicos (BL) y en un 77% se consideró podía haber alguna alternativa al uso de FQ. En un 68% de los pacientes, el AB se inició en el hospital, en un 31% previamente en el S. de urgencias, y en un 4% en su domicilio o residencia habitual. En un 60% de los pacientes se recogieron muestras para cultivo (30% hemocultivo, 20% urocultivo, 15% dérmico y 10% esputo). En un 25% se modificó el AB tras resultado de cultivo y en un 62% se hizo terapia secuencial a vía oral.

Los pacientes de edad avanzada o con riesgo de aneurisma (antecedentes de aterosclerosis, hipertensión arterial, arteritis de células gigantes...), son factores de riesgo para presentar aneurisma y disección de aorta asociado al uso de FQ. Los pacientes con disfunción hepática o renal y otros factores arritmogénicos, son factores de riesgo para el desarrollo de arritmias. Un paciente que tomó FQ tenía antecedente de Aneurisma de aorta y otro de Arteritis de células gigantes. Un alto porcentaje de pacientes tenían antecedentes de aterosclerosis (con ictus, cardiopatía isquémica...) en un 65% y de arritmias cardíacas previas (fibrilación auricular) en un 35% que si bien no contraindica su utilización, sí que puede predisponer a la aparición de reacciones adversas.

Un 79% de los pacientes no tuvieron efectos secundarios asociado al uso de FQ. Algunos pacientes tuvieron algunos síntomas leves que puede ser atribuido a su uso: 7,8% tuvieron alteraciones digestivas (2,2% dolor abdominal, 5,6% diarrea), 2,2% una erupción exantemática leve y un 4,5% hiperglucemias. Se han descrito alteraciones glucémicas poco frecuentes en pacientes diabéticos con insuficiencia renal asociados al uso de FQ. Los pacientes de edad avanzada o con el uso concomitante de corticoides presentar mayor riesgo de sufrir lesiones tendinosas, pero en nuestro estudio, ninguno presentó alteraciones musculoesqueléticas incapacitantes a corto plazo. Respecto a las posibles alteraciones del sistema nervioso central, un 8% de los pacientes tuvo delirium. Ningún paciente presentó convulsione. Se consideró por tanto una prescripción segura en un elevado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0716

1. TÍTULO

UTILIZACIÓN SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

porcentaje de los casos, pero ¿Sabemos si fue una Prescripción adecuada?

INDICADORES Y EVALUACION

-Número de pacientes con prescripción de FQ/pacientes con prescripciones de antibióticos=108/637x100= 16,9%.
-Número de pacientes con efectos secundarios a FQ/pacientes con prescripción de FQ=23/108x100=21%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La utilización de FQ representa un bajo porcentaje respecto del total de AB utilizados en el servicio de geriatría en el año 2019. Sin embargo, los resultados indican que queda un amplio margen de mejora en la prescripción de FQ en nuestros pacientes. Estos ABs se utilizan más en pacientes con infecciones respiratorias y con antecedentes de alergia a BL. Las indicaciones bien definidas en el uso de FQ en tratamiento empírico, son infecciones respiratorias con bronquiectasias o con sospecha de aparición de Pseudomona, y en diarrea de origen bacteriano. No se utilizan en nuestro medio en general en infecciones de orina. Un bajo porcentaje de sensibilidad a quinolonas, desaconsejan su utilización en el tratamiento empírico de infecciones por E coli y en general para infecciones urinarias. En un 60% de los pacientes se dispone de estudio microbiológico con menor prevalencia de cultivo de esputo. En un tercio de los pacientes se inicia la prescripción en el Servicio de Urgencias que puede predisponer a su continuidad durante la hospitalización. En un alto porcentaje de pacientes se realiza terapia secuencial a vía oral por su elevada biodisponibilidad. Son ABs bien tolerados en general aunque en nuestros pacientes con elevada comorbilidad y polimedicación, es difícil atribuir algunos efectos secundarios sospechados al uso del FQ. En general creemos que existen en algunos casos alternativas terapéuticas en pacientes con infecciones no graves y en ausencia de alergia a antibióticos BL. Es preciso insistir en el abordaje de los pacientes con antecedentes de alergia a BL pues en un elevado porcentaje de ellos no están bien documentadas.

La resistencia a los AB es un grave problema de salud pública, siendo el consumo de AB un factor clave en el desarrollo y propagación de las mismas. Por ello se aconseja limitar el uso de FQ a aquellos casos de infecciones graves donde no haya otras alternativas terapéuticas. Se darán difusión de los resultados obtenidos en sesión clínica en el Servicio de geriatría y en sesión en grupo PROA de nuestro hospital en marzo de 2020. Creemos que la difusión y utilización de la Guía antibiótica del HNSG recientemente publicada en el año 2020 facilitará la mejora en la prescripción en nuestro medio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/716 ===== ***

Nº de registro: 0716

Título
UTILIZACION SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
CANOVAS PAREJA CARMEN, REBOLLAR TORRES ELENA, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, ALVAREZ GOMEZ ESTHER, LASALA HERNANDEZ ELISA, FERRER MAHAVE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Objetivos Grupo PROA GERIATRIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las quinolonas y fluorquinolonas (FQ) son antibióticos sintéticos utilizados en el tratamiento de un amplio espectro de infecciones bacterianas. Actúan sobre el ADN de la célula bacteriana y tienen una buena absorción y biodisponibilidad oral, con la ventaja de su utilización en terapia secuencial. Son un grupo de antimicrobianos cuyo uso se ha generalizado en los últimos años por su amplio espectro y cómoda posología, llegando en ocasiones a una sobreutilización. Las FQ presentan un aspecto negativo de seguridad: es el grupo terapéutico con mayor impacto ecológico, pues su uso se asocia a la selección de microorganismos resistentes. Su utilización favorece las infecciones por SARM, E.coli productor de betalactamasas de espectro extendido y C.difficile. Además, las cifras de resistencias de E.coli a ciprofloxacino supera un 30% en nuestro país.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0716

1. TÍTULO

UTILIZACIÓN SEGURA DE QUINOLONAS EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

Las FQ presentan efectos adversos como síndrome confusional, arritmias cardiacas graves, especialmente en ancianos o cardiopatas, alteraciones metabólicas (hiper o hipoglucemia), aneurisma/disección de aorta, desprendimiento de retina; además, se asocian a patología del tejido conectivo como tendinopatía (incluida rotura tendinosa). La FDA (Food and Drug Administration) ha publicado dos alertas que recomiendan restringir el uso de FQ. El Comité Europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC), ha evaluado el impacto de las reacciones adversas incapacitantes que afectan al sistema nervioso y musculoesquelético. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en su nota informativa 10/10/2018 remarca dichas recomendaciones. En Aragón, el informe CEMAE-IRASPROA del 27/11/2018 refleja su posicionamiento en el uso sistémico de FQ. Para que su preciado valor terapéutico no se vea comprometido por su impacto ecológico elevado, se debe preservar el uso de las FQ a infecciones de gravedad donde no existe otra alternativa terapéutica y no recurrir a ellas como tratamiento de primera línea.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer la prevalencia de utilización de FQ en el Servicio de Geriatria.
- Evaluar si es adecuada la prescripción según los criterios de utilización establecidos.
- Registrar los efectos secundarios de las FQ.
- Difundir los resultados y, si procede, establecer estrategias de mejora para la prescripción adecuada de FQ.

MÉTODO

POBLACION DIANA

Pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria con prescripción de FQ.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS

Se detectará a los pacientes ingresados con FQ prescritas durante el período de marzo a junio de 2019. Se anotará si la prescripción es previa al ingreso o si se inicia en Urgencias o durante el ingreso. Se evaluará si se trata de un proceso grave para el cual no hay otra opción terapéutica según recomendaciones de expertos. Se anotará el tipo de infección, días de prescripción y posibles alergias a otros antibióticos. Se registrarán efectos secundarios derivados de su utilización.

Tras la evaluación y difusión de los resultados obtenidos, se elaborará y difundirá un "check list" que sirva de apoyo para la prescripción adecuada y segura de FQ.

INDICADORES

- Número de pacientes con prescripción de FQ/pacientes con prescripciones de antibióticos.
- Número de pacientes con prescripción de FQ y alergia a beta-lactámicos/pacientes con prescripción de FQ.
- Número de pacientes con efectos secundarios a FQ/pacientes con prescripción de FQ.
- Número de pacientes con prescripción adecuada y segura/pacientes con prescripción de FQ.

DURACIÓN

- Estudio prospectivo marzo-junio 2019: detección durante 4 meses de pacientes en tratamiento con FQ. Registro y estudio de las variables planteadas.
- Difusión de resultados al Servicio de Geriatria en septiembre 2019
- Elaboración de una guía recomendaciones de prescripción de FQ: check list.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0750

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA ANDRES GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUINA IBAÑEZ ELENA
VELA MARTIN DE LA MOTA IRENE ISABEL
PEREZ MONLAT EDUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han desarrollado 5 reuniones a lo largo del año para iniciar y desarrollar el proyecto, de las cuales se han elaborado actas sobre los temas a tratar.

Hemos propuesto la creación de una hoja piloto de registro de constantes la cual consta de una serie de 4 tablas idénticas, en cada una hay un espacio para escribir el código de la bolsa, y espacio para registrar las constantes básicas a monitorizar durante una transfusión: tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura corporal. Se ha dejado un espacio libre para poder registrar otro valor de interés como la frecuencia respiratoria o la saturación de oxígeno. Estas constantes tienen 3 valores en la tabla, las previas a la transfusión, las tomadas a los 15 minutos que es el período ventana donde surgen la mayoría de reacciones adversas transfusionales, y al finalizar la transfusión. Estos tiempos de registro son los recomendados por la Guía de uso de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS) en su quinta edición. Hay un espacio superior a cada tabla para registrar la fecha, y uno inferior para el nombre del enfermero/a responsable.

En nuestra unidad por el tipo de paciente anciano y frágil, esta vigilancia ha de ser muy estrecha y este registro es una manera de tener una constancia escrita de que hemos vigilado al paciente.

Se dio una charla informal inicial y se difundió a través de la aplicación de whatsapp al grupo de enfermería de nuestra unidad la existencia de la hoja de registro, que estaría junto a la hoja de verificación transfusional, la forma de rellenarla y donde guardarlas para su posterior registro y archivo. Posteriormente se ha vuelto a dar información individual a los enfermeros/as de incorporación estival y a los venidos con los traslados u otros motivos.

Los componentes del equipo hemos creado una hoja Excel en el ordenador de la unidad para registrar todas las hojas que han sido rellenas por los enfermeros/as que han realizado transfusiones a los pacientes.

Debido a la idiosincrasia de nuestra unidad de Geriatria A, con unión de plantilla y pacientes tanto en verano como en navidad con la unidad de Orto geriatria, donde se transfunde estadísticamente más por el tipo de paciente, ha habido dificultad en poder llevar a cabo el proyecto esos períodos ya que lo cual nos ha llevado a un registro manual del albarán 2019 de transfusiones que guardan en el laboratorio, discriminando por el número de habitación y el servicio que consta en la pegatina del paciente, aquellas transfusiones pertenecientes a nuestra unidad de Geriatria A. Este sesgo muestral no pudo evitarse en la fase de diseño del proyecto ya que nuestra unidad vecina de Orto no estaba interesada en ese momento en participar en el proyecto tras hablar con su supervisora, por lo cual no se informó del proyecto a su personal y en verano y navidad no consideramos que tuvieran que rellenar la hoja de constantes aunque físicamente compartieran unidad con la nuestra.

Una vez terminado el período a valorar (de mayo a diciembre de 2019) se han entregado encuestas a nuestros compañeros/as enfermeros/as para valorar el grado de manejo y utilidad percibida con respecto al uso de la hoja de registro de constantes transfusionales.

Así mismo, tras finalizar el año 2019, se ha llevado a cabo una enumeración de pacientes transfundidos mediante la revisión del albarán de laboratorio, con los inconvenientes citados anteriormente por la unión de pacientes de Orto geriatria, no incluidos en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por una parte se ha valorado el grado de cumplimiento en la realización del registro, y por otra, el grado de conocimiento/satisfacción mediante una encuesta pasada al personal de enfermería.

En el Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia se han transfundido un total de 463 unidades de productos sanguíneos, de los cuales 447 han sido hematíes. Durante el período implementado de junio a diciembre se reportan 265 unidades de hematíes transfundidos en el conjunto del hospital, de los cuales un 18% corresponden a Geriatria A.

En este período piloto, se han transfundido a 32 pacientes, de los cuales tenemos archivados 23 hojas de registro lo que hace un cumplimiento del 71,8%, siendo este porcentaje inferior al límite del 80% que se estableció como mínimo para considerar correctamente implementada esta actividad en el servicio.

Respecto a la encuesta de satisfacción para el personal de enfermería respecto al manejo de la hoja de registro de constantes en transfusión, se han rellenado un total de 18 encuestas. Se decidió excluir a las últimas incorporaciones de los traslados que vinieron a finales de año por no haber tiempo de exposición suficiente al proyecto.

Ante la primera pregunta si conoce la existencia de la hoja de registro, 17 contestan que sí.

Respecto a si ha sido informado/a de su utilización, 17 contestan sí. Se pide valorar del 1 al 5 si la información sobre su uso ha sido suficiente y adecuada, un 65% lo valora con 5, y un 17,5% lo valora con un 3 y con un 2 respectivamente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0750

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

15 personas afirman haber utilizado la hoja en alguna ocasión, 2 no y 1 no contesta. Entre ellas, el 56% valora que ha supuesto una sobrecarga significativa en la realización de su trabajo habitual.

Sobre la pregunta de si conocen los protocolos de manejo y administración de hemoderivados del hospital, 14 contestan que sí.

Ante la cuestión de si les parece útil la incorporación como documento oficial este registro de constantes transfusionales, el 72,2% del personal encuestado afirma que sí.

Se ha preguntado, valorando en escala Likert de 1 al 5 siendo 1 nada de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo, en caso de haber utilizado la hoja de registro, si el personal ha percibido que ha aumentado su seguridad con el manejo del paciente mientras le transfunde al poder controlar sus constantes vitales en los períodos estipulados por la SETS. Un 22% de personal encuestado asigna un 5 y un 4, un 11% un 3 y un 2, y un 17% un 1. 3 personas lo han dejado en blanco. Se interpreta que más de un 50% si percibe que se ha sentido más seguro mediante el registro escrito de las constantes vitales durante la transfusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo de este proyecto, inicialmente propuesto en la Comisión de Tranfusiones del HNSG, tenía como exponente el crear un registro propio de enfermería en el que se reforzara la seguridad en 2 vertientes. La primera, el paciente, que realmente sería monitorizado y justificado por escrito aumentando así la vigilancia de su estado de salud en el momento crítico de una transfusión. En el hospital en el último año se ha implementado el empleo de la tarjeta Serafol la cual verifica en última instancia la compatibilidad sanguínea del producto a transfundir, siendo esta comprobación reflejada por escrito en la hoja de verificación de transfusión. De este mismo modo, la monitorización de constantes durante la transfusión quedaría reflejada en la hoja de registro de constantes. Y la segunda, el personal de enfermería, tendría un documento escrito donde anotar durante cada unidad transfundida, el estado vital del paciente, y esto derivaría en una seguridad personal de que el paciente permanece estable y lo puede reflejar por escrito.

Por circunstancias propias (entre abril y mayo sólo se transfundió a un par de pacientes cuando aún era muy incipiente la implementación del proyecto) se comenzó a tener un registro formal en el mes de junio, lo que hace un período expositivo de 6 meses . De estos 6 meses, más de 2 hemos compartido planta con nuestra unidad vecina OrtoGeriatría y Cirugía, que tienen la unidad de cadera y pacientes propios de geriatría, pero con los que inicialmente no se contó para el proyecto por no aceptación en ese momento. Por este motivo, la cumplimentación (de un 71,8%) ha podido ser inferior al potencial total ya que aparte de la mezcla de pacientes también ha habido personal de enfermería que ha podido llevar pacientes ajenos, no cumplimentando la hoja porque no se le instruyó para hacerlo. La intención es volver a pedir a la supervisión de la unidad vecina, OrtoGeriatría, que vuelva a valorar la inclusión de la hoja de registro de constantes, ya que en su momento fue bien valorada pero circunstancialmente no se aceptó empezar a usarla. Esta unidad, que forma parte del servicio general de Geriatría, por las características del paciente, que tras intervenir de cadera es más probable que tenga que ser transfundido, haría que nuestra hoja de registro de constantes transfusionales fuera más ampliamente utilizada y se demostrara su utilidad en el control del paciente.

La valoración de la encuesta pasada a nuestro personal de enfermería, aunque denota una percepción de aumento de carga de trabajo la realización de la hoja de registro, es valorada positivamente por una mayoría del personal encuestado refiriendo que les parece útil que llegara a ser parte de historia clínica del paciente.

Llegados a este punto si nuestras supervisiones lo consideran, podría ser oportuno remitir este documento la Comisión Central de Historias y Documentación Clínica para valoración y consideración como paso previo a su aprobación.

7. OBSERVACIONES.

Hasta que se defina si en las 2 plantas de Geriatría (o sea si la planta vecina OrtoGeriatría se une al proyecto) se va a rellenar el registro de constantes, no se valora la continuidad del proyecto ya que surgen desencuentros en los períodos de unión de plantas, tanto si nuestro personal de planta Geriatría A rellena el registro a pacientes que son de cadera porque le tocan en el reparto de pacientes, como si el personal de Orto que le tocan en reparto pacientes de Geriatría A lo va a rellenar.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/750 ===== ***

Nº de registro: 0750

Título
ELABORACION DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
ANDRES GARCIA MARTA, MARQUINA IBAÑEZ ELENA, VELA MARTIN DE LA MOTA IRENE ISABEL, PEREZ MONLAT EDUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0750

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: objetivos de calidad en los cuidados

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA PERTINENCIA

Tal y como recomienda la guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos en su quinta edición, las constantes vitales del paciente sometido a una transfusión sanguínea deben ser estrechamente vigiladas. Estas deben ser tomadas como mínimo antes de iniciarse la transfusión, cuando registraremos temperatura, pulso, tensión arterial y, opcionalmente, frecuencia respiratoria. Transcurridos los primeros 15 minutos, sino existe una reacción ni modificación de dichas constantes, el paciente debe ser observado de forma intermitente hasta finalizar la transfusión, cuando se volverán a tomar las constantes. Los controles deberán ser más estrictos en pacientes de edad avanzada o con compromiso cardiovascular, en los que existirá monitorización más estrecha.

Todo esto nos lleva a concluir que es necesario un registro escrito de las actividades que realizamos durante el procedimiento de la transfusión, y la conveniencia de que exista un lugar especial en la historia del paciente donde pueda quedar reflejado de forma fácilmente accesible. Este lugar es una hoja de registro transfusional de enfermería, donde quedará constancia de la vigilancia especial que se recomienda en este procedimiento tan delicado como es la administración de sangre y/o demás componentes sanguíneos.

ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En el HNSG se ha implantado el procedimiento de comprobación de grupo sanguíneo en cabecera de paciente como parte de la mejora en la seguridad del paciente. Es un punto crítico en la seguridad del proceso transfusional y se ha ganado en mejora de la calidad de los cuidados. Es necesario para completar la meta de seguridad en este proceso el uso de una hoja de registro de constantes donde se pueda adjuntar la pegatina de cada bolsa de sangre o producto sanguíneo, fechado y rubricado por la enfermera, y poder registrar por medio de una tabla las constantes de paciente durante la transfusión.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar y garantizar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera en el acto transfusional del paciente
- Elaborar e implementar en la unidad de Geriatria del HNSG una hoja de registro vigilancia de constantes vitales manejada por enfermería

Los resultados esperables son una mejora de la seguridad del paciente ya que va a quedar plasmado por escrito de una forma muy concreta la vigilancia que el profesional de enfermería ha llevado a cabo durante el acto transfusional. También hay una mejora de la calidad de los cuidados enfermeros al poder registrar en un lugar concreto con unos ítems estandarizados, la vigilancia de las constantes que de otra forma queda difusa en la hoja evolutiva del paciente.

POBLACION DIANA

Población con necesidad de ser transfundida en el Hospital Nuestra Señora de Gracia

MÉTODO

- Elaboración del documento: hoja de registro de vigilancia de constantes vitales en paciente transfundido.
- Todos los registros, consentimiento informado, informe de control transfusional y hoja de verificación, formarán parte del proceso transfusional y se guardarán juntas dentro la historia clínica del paciente para facilitar una posterior revisión.
- Informar al personal de la unidad de la forma correcta de rellenar la hoja de registro y de adjuntarla a la historia de enfermería mientras dure el ingreso, y posteriormente graparla al resto de documentación relacionada con la/s transfusión/es que se hayan llevado a cabo durante el ingreso actual.
- Número de reuniones anuales: 5
- Recursos materiales: ordenador, papel e impresora para elaboración de las hojas de registro. Termómetro, torre de constantes o fonendoscopio, esfigmomanómetro y pulsiómetro portátil.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0750

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTRO DE VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES AL PACIENTE TRANSFUNDIDO EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes transfundidos con la hoja de registro de vigilancia de constantes correctamente registrada. Fuente de datos, revisión de historias clínicas, con un valor a alcanzar del cien por cien de casos con un límite inferior de un ochenta por ciento para considerarlo correctamente implementado.
- Grado de implicación y seguridad del personal respecto al acto transfusional, mediante encuesta de satisfacción al finalizar el año natural.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: abril 2018. Presentación de hoja de constantes. Implementación progresiva durante el siguiente mes.
En el ordenador del control de enfermería se creará una hoja de datos para apuntar a los pacientes que son transfundidos.
Revisando las historias de alta semanalmente, se cuantificará si consta la hoja de registro de constantes correctamente rellena.
Duración prevista : resto del año 2019. Durante vacaciones estivales los miembros de este equipo se encargarán de informar a personal eventual de este registro.
Fecha fin: enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0756

1. TÍTULO

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA FERRER MAHAVE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA MARTINEZ SILVIA
SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA
GIMENEZ CORREAS ESTRELLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo de 2019, un grupo de profesionales que trabajamos en el Servicio de Geriatria del Hospital Nuestra Señora de Gracia decidimos formar un equipo de mejora para conocer el nivel de satisfacción de nuestros usuarios y familiares con los servicios y cuidados prestados en nuestra unidad, poder detectar los fallos respecto a la atención directa del usuario y proponer mejoras que impliquen un cambio real hacia él y su familia.

En la reunión realizada el día 15 de Abril de 2019, se realizó una revisión bibliográfica de artículos y trabajos realizados sobre Calidad Asistencial en unidades similares con pacientes geriátricos hospitalizados. Entre todos los miembros del equipo, se eligieron las preguntas que queríamos incluir en la encuesta de calidad asistencial y se decidió a qué pacientes serían entregadas. En un inicio, las encuestas se iban a entregar a los pacientes ingresados en la Unidad de Geriatria (o familiares/cuidadores en caso de que el paciente no esté en condiciones de rellenar la encuesta) que fueran dados de alta del hospital por mejoría sin incluir los exitus en el estudio. Finalmente, se decide incluir los exitus en el proyecto. Los pacientes en cuidados paliativos, en fase de agonía, se incluyen también en el estudio, se entregarán las encuestas a los familiares 2-3 días antes del fallecimiento y se registrarán en la gráfica de enfermería con una pegatina todos aquellos pacientes a los que les fuera entregada la encuesta.

Una vez realizada la encuesta, se hizo una reunión para dar a conocer el proyecto de mejora con la jefa de Servicio de Geriatria y con la Dirección de Enfermería del HNSG.

En la reunión del 3 de Junio de 2019, se habló con la supervisora de la Unidad de Geriatria para colocar un buzón en el control de Enfermería para recoger las encuestas entregadas a los pacientes y una carpeta de archivos en el armario del control de enfermería para recoger las encuestas del buzón y guardarlas.

Se decide que el personal de Enfermería sería el encargado de entregar las encuestas de calidad junto con el alta hospitalaria y explicar a los familiares dónde tienen el buzón para la recogida de las encuestas. El personal TCAE ayudaría con la recogida de encuestas en caso de que los familiares no supieran dónde tienen que entregarlas.

Se realiza una tabla Excel para que los miembros del grupo de Calidad recojamos los datos de las encuestas de Calidad rellenas por los pacientes.

Se propone una reunión el día 12 de Junio de 2019 para todo el personal de la Unidad de Geriatria para informar sobre el Proyecto de Calidad y explicar lo que se va a hacer. Se habla con la supervisora para colocar un cartel informativo en la planta sobre la hora y el lugar de la reunión.

La reunión se realizó en la sala de personal de Geriatria, la asistencia fue de 17 personas a las cuales se les explicó el proyecto de calidad y se les entregó impreso el power point de la reunión. Para el personal que no pudo asistir, se dejó impreso dicho documento informativo en el control de Enfermería y se le entregó otro documento a la supervisora de la unidad de Geriatria.

Se inicia la entrega de encuestas el día 13 de Junio de 2019 y se establece como fecha límite para recogida de encuestas el día 15 de Enero de 2020.

El día 19 de Noviembre de 2019 se realiza una reunión con todos los miembros del equipo para evaluar la recogida de las encuestas, valorar si han sido asumidas las tareas de entrega y recogida de encuestas por parte del personal de la Unidad de Geriatria y revisar la tabla de Excel para la recogida de datos.

Se pone fin a la recogida de encuestas para el proyecto de investigación el día 15 de Enero, se dividen las encuestas recogidas entre los miembros del equipo y se pasan todos los datos a la tabla Excel.

El día 25 de Enero de 2020, se realiza una última reunión, entre todos los miembros del equipo se evalúan los resultados obtenidos y se realiza la Memoria del Proyecto de Mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Analizando los datos obtenidos hasta el momento podemos destacar varios puntos.

Las encuestas recogidas desde el 15 de julio del 2019 al 15 de enero del 2020, han sido un total de 272.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0756

1. TÍTULO

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG

Comenzamos en el mes de Julio con sólo un 21.15% de recogida de encuestas entre las altas en la unidad, terminando el año con un 64.22%, lo que nos indica un aumento en la participación del personal en la entrega, que era un punto a mejorar por parte del grupo.

Participaron en total 272 pacientes y/o sus familiares, de los cuales 182 eran mujeres y 83 hombres, en 6 encuestas estos datos no fueron rellenados. Pertenecientes principalmente al sector I Zaragoza, la mayoría derivados del Hospital Royo Villanova.

El 91.18% de las encuestas han sido rellenadas por familiares, el 7.72 por pacientes y solo un 1.10% se dejaron en blanco, lo que nos da como resultado un nivel de participación alto. La recomendación del servicio de Geriatria obtiene un 94.85%, siendo 2.94% negativo y un nivel de satisfacción del 87.33%. Se observarán los datos menos favorables para evaluarlos y hacer hincapié en ellos para realizar un plan de mejora en el servicio de Geriatria.

El 55,51% de nuestros pacientes y sus familias se sienten muy satisfechos con el trato y atención profesional recibida y un 31, 62% bastante satisfechos frente al 2,21% que lo está poco, por lo que podemos concluir que nuestro servicio ofrece una buena atención integral en general al paciente. 258 personas recomendarían nuestro servicio hospitalario, un 94,85%

Observando los datos referentes a la atención médica, lo que mejor se valora es el respeto a la intimidad del paciente con una puntuación de 4,52, seguido del trato del personal médico con una puntuación de 4,49. La puntuación más baja se ha centrado en el tiempo de espera para ser atendido por el personal médico 4,35 respecto a 5.

La valoración mejor puntuada para el personal de enfermería ha sido la amabilidad y el respeto con una puntuación global de 4,64 respecto a 5, seguida de la puntuación sobre la confianza y seguridad que transmite a nuestros pacientes con una puntuación de 4.58. La puntuación más baja es el tiempo de espera para ser atendido por el personal enfermería con una puntuación de 4,43.

Lo mejor valorado respecto al personal TCAE es el respeto a su intimidad con una valoración de 4,44, seguido de la amabilidad y el respeto con que le trató dicho personal que obtiene una puntuación de 4,42. La puntuación más baja es respecto a la oportunidad de consultar al personal TCAE las dudas que tenía acerca de los cuidados que le ofrecieron y la información que le dio dicho personal con una puntuación las dos de 4,32 respecto a 5 la más alta.

El personal celador obtiene una media sobre su atención al paciente en nuestra planta de 5,52 respecto a 5.

Valorando la comida, los pacientes refieren que es la cantidad con un 4,28 lo mejor valorado y la temperatura con un 4,14 lo que peor. Podemos decir que la iluminación de la habitación obtiene 4,56 respecto a silencio/descanso que ha obtenido una puntuación de 4,32 respecto a 5. En lo referente a Lencería: pijamas / toallas / sábanas, la puntuación obtenida ha sido de 4,20. La facilidad para identificar a los profesionales es de 4,18 y la entrada/permanencia de las visitas 4,30 respecto a 5 todas ellas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración general obtenida sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatria del HNSG ha sido bastante positiva.

Los datos obtenidos en el estudio se darán a conocer a la Dirección del Hospital de Nuestra Señora de Gracia, al jefe de servicio, a la supervisora y a todo el personal de Geriatria para mejorar nuestra calidad asistencial desde los puntos más vulnerables que hemos apreciado en los resultados, así como intentar seguir mejorando la entrega de encuestas por parte de todos.

La recogida de las encuestas ha sido durante seis meses y dicha información será utilizada como base para un estudio piloto que debe ser ampliado a otros seis meses para realizar un estudio más indicativo y fiable de los datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/756 ===== ***

Nº de registro: 0756

Título
CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0756

1. TÍTULO

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG

FERRER MAHAVE MARTA, SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA, GRACIA MARTINEZ SILVIA, GIMENEZ CORREAS ESTRELLA

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cualquier atención sanitaria es un proceso complejo que engloba la participación de muchos profesionales. Por ese motivo, el resultado de la misma, desde la perspectiva del paciente y sus familiares, es importante para detectar posibles fallos que podamos modificar en mejoras de calidad hacia el usuario.

La calidad asistencial es una disciplina que ha adquirido una enorme relevancia en la atención sanitaria actual. La satisfacción de los usuarios se constituye como uno de los componentes más importantes a la hora de medir la calidad de los servicios prestados.

No podemos decir que damos una atención de calidad si no medimos resultados, por ello, con este proyecto, queremos proponer herramientas que nos ayuden a identificar como vive el paciente nuestras actuaciones, como son percibidas por él y su familia. Identificar las acciones positivas como las no satisfactorias y así posteriormente poder actuar sobre ellas para mejorarlas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer el nivel de satisfacción de nuestros usuarios y familiares con los servicios y cuidados prestados en la unidad de Geriatria.
- Detectar los fallos respecto a la atención directa del usuario, para proponer mejoras que impliquen un cambio real hacia él y su familia. (Investigación- Acción)

MÉTODO

1. Realizar un estudio observacional, descriptivo transversal.
2. Buscar o crear una encuesta de satisfacción para que sea cumplimentada al alta del paciente, bien por él o su familia (en el caso que el paciente no sea capaz de contestar a la encuesta). Tendrá las siguientes dimensiones:
 - Eficacia
 - Trato
 - Información-comunicación
 - Hostelería y confort
3. Presentación del proyecto de calidad percibida y formación inicial sobre esta calidad asistencial, a todos los empleados de la unidad de Geriatria.
4. Presentación de resultados a medio y largo plazo del proyecto.

INDICADORES

Para poder realizar una valoración de los resultados, haremos una mediación estadística entre las variables aportadas en las encuestas recogidas a lo largo de todo este año en nuestra unidad de geriatría. Visión comparativa y global.

DURACIÓN

Desde marzo del 2019 a febrero 2020 se trabajará de forma intensiva en medir la atención asistencial en nuestra Unidad de Geriatria e intentar corregir las limitaciones detectadas.

Para ello el equipo que trabaja con las variables de las encuestas, realizará formación al resto del personal y mantendrá diferentes reuniones marcadas en el cronograma de actividades, realizando una evaluación de impacto a los seis meses y al finalizar el proyecto.

Cronograma de actividades:

- Reuniones Equipo: Marzo, Abril, Mayo, Julio, Septiembre y Noviembre 2019, Enero 2020.
- Formación Personal: Abril, Mayo, Octubre 2019 y Febrero 2020.
- Evaluación: Septiembre 2019 y Febrero 2020.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0756

1. TÍTULO

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA HNSG

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0878

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 - 2018/0474

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER FRANCO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD OLMOS ANA LAURA
LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN
PEREZ LAYO ANGELES
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
CARRASCO BARAJA VICENTE
MONEVA JORDAN JUAN JOSE
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Hematología del HNSG se ha elaborado un documento informativo tipo que recoge recomendaciones a seguir para profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) con heparina de bajo peso molecular (HBPM), que se personaliza con la etiqueta identificativa que del paciente se genera en la consulta (que incluye datos administrativos) y que el hematólogo cumplimenta con el motivo que en cada paciente fundamenta la indicación (diagnóstico o antecedentes) de esta profilaxis de enfermedad tromboembólica con HBPM.

Se elaboró también un cuestionario (encuesta de valoración) para que el paciente valore la hoja informativa sobre profilaxis, mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento (se valorará por la escala Likert)

Estos 2 documentos fueron presentados al Sº Hematología del Hospital Royo Villanova el 3 octubre 2018. La hoja informativa tipo y la encuesta de valoración (para que el paciente valore la claridad y utilidad de la información en ella recogida) se reparten, ya desde verano de 2018, en la Consulta de Hematología del HNSG a los pacientes candidatos a realizar esta profilaxis. En la Consulta de Hematología del HRV esta actividad se ha comenzado en noviembre de 2018.

Observamos que la cumplimentación por parte del paciente de la encuesta de valoración no se podía realizar sobre la marcha, porque el paciente no podía valorar de forma adecuada su contenido; por ello se solicitó al paciente que la cumplimentaran en su domicilio y nos ha devolvieran. En muchos casos aún no se ha producido esta devolución, por lo que estos pacientes están siendo contactados por enfermería para recogerla

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados:

- Se ha cumplimentado el calendario con la realización de las 6 reuniones previstas en el proyecto:
- o 8 mayo 2018: reunión para concretar el proyecto
- o 1 junio 2018: primera reunión para redacción de la hoja tipo informativa
- o 16 julio 2018: primera reunión para redacción de encuesta de valoración
- o 20 julio 2018: reunión para iniciar difusión de los documentos en la Cta Hematología del HNSG
- o 3 octubre 2018: reunión para presentar la hoja tipo informativa y la encuesta de valoración a los hematólogos del HRV
- o 10 enero 2019: reunión para la elaboración de esta memoria

- Se han elaborado los 2 documentos: hoja tipo informativa "Recomendaciones para profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa" y encuesta para que el paciente valore la claridad y utilidad de la información contenida en la misma.

- Distribución del material: ya se ha iniciado la distribución de la hoja informativa y la encuesta de valoración desde la Consulta de Hematología de los 2 hospitales del Sector I (HRV y HNSG). Se ha repartido este material a un total de 53 pacientes.

Evaluación:

Se repartieron las hojas (la informativa sobre profilaxis de EDEV con HBPM y la encuesta de valoración de esta información) a un total de 53. Hasta el momento actual sólo 23 pacientes han devuelto la encuesta de valoración cumplimentada. Enfermería está contactando con el resto de pacientes para que la cumplimenten y nos la hagan llegar.

De las 23 encuestas de valoración recibidas: resultado de 3 en 1; resultado de 4 en 9; resultado de 5 en 13 de las encuestas.

Indicadores:

- Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas 6/ nº reuniones previstas 6 = 100%; (conseguido)
- Elaboración de documentos: nº documentos elaborados 2/ nº documentos elaborados previstos 2 = 1; (conseguido)
- Distribución del material:
 - o Nº centros hospitalarios del Sector en los que se han distribuido los documentos 2 / 2 hospitales Sector I = 1; (conseguido)
 - o Cuestionarios de Likert cumplimentados: 23 obtenidos/50 teóricos previstos; (objetivo no conseguido). En este punto se están intentando recoger mas encuestas cumplimentadas
- Valoración del documento por los pacientes: encuestas con valoración 4 ó 5 = 22 (22/23 cumplimentadas); (conseguido)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0474

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Aún estamos pendientes recibir más encuestas de valoración de la información contenida en la hoja tipo informativa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Prevenir la aparición de la ETEV en los pacientes de riesgo comienza por hacer a este grupo de pacientes conocedores de su situación y darles pautas sencillas que puedan seguir; además un documento como esta hoja informativa sobre profilaxis la pueden hacer llegar a sus médicos cuando tengan que consultar por cualquier motivo.

En próximos trabajos el diseño incluirá que las encuestas de valoración se cumplimenten en el domicilio, y se contactará con los pacientes para recordarles que la cumplimenten y que nos la hagan llegar.

7. OBSERVACIONES.

Valoramos la posibilidad de enviar esta hoja informativa para profilaxis de ETEV con HBPM al resto de servicios del Sector I que estén interesados.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/474 ===== ***

Nº de registro: 0474

Título
RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Autores:
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, ABAD OLMOS ANA LAURA, LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, PEREZ LAYO ANGELES, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, CARRASCO BARAJA VICENTE, MONEVA JORDAN JUAN JOSE, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El impacto de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) es muy elevado, tanto por su prevalencia, como por la morbi-mortalidad que conlleva y por los recursos socio-sanitarios que precisa para su tratamiento y resolución. A pesar de la aparición de documentos de consenso y guías nacionales e internacionales (entre ellas las de la ACCP1,2) de optimización de su manejo y la realización de estudios de hipercoagulabilidad y trombofilia aconsejados en casos seleccionados, no se percibe que el número de casos de ETEV esté disminuyendo entre los pacientes no quirúrgicos. En lo que sí coinciden las guías es en la importancia de la profilaxis de ETEV con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) ante numerosas técnicas y pacientes quirúrgicos. Actualmente, con los estudios habituales, hasta en el 50% de pacientes con ETEV no encontramos una causa que propicie la trombosis. Es en estos pacientes, en los que la valoración del contexto familiar de ETEV (especialmente en parientes de primer grado) tiene gran importancia; aunque este dato muchas veces no se valora suficientemente. En estos casos de historia familiar significativa también es importante realizar profilaxis de ETEV aunque el estudio haya resultado negativo.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: Concienciar al paciente y a sus médicos de la importancia de realizar profilaxis de ETEV con HBPM en determinadas situaciones (no siempre relacionadas con la cirugía) en pacientes con historia familiar significativa y/o personal de ETEV, incluso para situaciones de la vida del paciente en las que no precise acudir al hospital (inmovilización, viajes en avión, gestación...).

Objetivos secundarios:

Ofrecer educación para la salud
Mejorar la calidad de vida del paciente
Disminuir las complicaciones relacionadas con su la aparición de ETEV

MÉTODO

Elaborar un documento informativo personalizado (con nombre y datos clínicos relacionados con antecedentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0474

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

personales/familiares de ETEV) que se facilitará y explicará a los pacientes que acuden a Consulta de Hematología de los hospitales del Sector I y que han sido remitidos por antecedentes personales o familiares significativos de ETEV.

Una vez conocida la existencia de esta hoja informativa, podrá ser utilizada en otras consultas médicas, si así lo desean los facultativos.

INDICADORES

Evaluación:

Este documento informativo será evaluada por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento; se valorarán por la escala Likert3 con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, en orden descendente, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información recibida.

La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario, para que la cumplimenten y la entreguen al concluir la consulta.

Indicadores:

Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%

Elaboración del documento: nº documentos realizados; objetivo =1

Distribución del material:

- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1

- Cuestionarios de Likert cumplimentados: objetivo =50

Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

DURACIÓN

Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más relevantes a incluir en el documento (todos los miembros del equipo).

Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).

Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)

Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (responsable del proyecto) y comienzo de la distribución a los pacientes (Enfermera de consulta)

Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (responsable del proyecto)

Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

OBSERVACIONES

BIBLIOGRAFÍA

1. Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD and Schünemann HJ. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST. 2012 February; 141(2 suppl):S7-47. PMID: PMC 3278060
2. Kearon C, Elie A, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease. CHEST Guideline and expert panel report. CHEST 2016;149:315-352.
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN LOPEZ LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FRANCO GARCIA MARIA ESTHER
PEREZ LAYO ANGELES
ARBIOL LATORRE ROSA MARIA
ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA
ABAD OLMOS ANA LAURA
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Finalizada la elaboración de los dos trípticos (uno para los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K y otros para los pacientes tratados con anticoagulantes de nueva generación) con la información seleccionada en la reunión inicial, comenzamos su entrega del material del 10 de Septiembre al 10 de Diciembre de 2018 a los pacientes anticoagulados que acudieron a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

Resaltar que las reuniones fijadas (6 en el planteamiento inicial) se realizaron en el plazo establecido. No obstante, consideramos fijar 2 jornadas extra (una para la creación del cuestionario tipo de "evaluación del material" en Julio de 2018, y otra para "evaluación y áreas de mejora", de Septiembre-Diciembre 2018.

Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo)

Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo)

Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)

Julio 2018: creación del cuestionario de evaluación

Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)

Septiembre 2018-Diciembre 2018 (2 sesiones): evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)

Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cuestionario elaborado para la evaluación del material, incluyó tanto variables demográficas como los siguientes ítems:

¿La información me ha resultado útil?

¿El contenido me parece adecuado?

¿He aprendido aspectos que desconocía sobre mi tratamiento anticoagulante?

¿Me ha resultado fácil comprender la información?

Díganos que cree que deberíamos modificar del folleto para que le resulte más útil

La información fue valorada mediante escala Likert con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo el 5 a muy útil y el 1 nada útil.

Indicadores:

Cumplimentación del calendario: 8 reuniones realizadas/ 6 reuniones previstas; objetivo = 85% (cumplido)

Elaboración del documento: nº trípticos realizados=2 (cumplido)

Distribución del material:

- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1 (cumplido)

- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10 Consulta Hematología HNSG, Planta de Geriatria del HNSG, Consulta de Cataratas-Oftalmología del HNSG (no alcanzado).

Escala Likert cumplimentada; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K (cumplido) y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales, de los cuales solo hemos repartido a 42.

Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5 (cumplido). El 90% de los pacientes calificaron la información ofrecida como "útil" o "muy útil", otorgando puntuaciones entre 4-5 a las preguntas formuladas.

Los trípticos informativos y su correspondiente evaluación, fueron distribuidos a los pacientes cuando acudían a los servicios mencionados con anterioridad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La falta de adherencia al tratamiento es un obstáculo para mejorar la salud. Debemos plantear un enfoque individual para cada paciente, siendo necesario seguir una estrategia de intervención personalizada. La adherencia terapéutica y la educación sanitaria están estrechamente relacionadas.

7. OBSERVACIONES.

Vamos a enviar estos trípticos informativos al resto de servicios del Sector I que estén interesados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

*** ===== Resumen del proyecto 2018/475 ===== ***

Nº de registro: 0475

Título
IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Autores:
LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, PEREZ LAYO ANGELES, ARBIOL LATORRE ROSA MARIA, ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA, ABAD OLMOS ANA LAURA, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de adherencia al tratamiento del paciente con anticoagulación oral es causa conocida de complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas. Para mantener los niveles adecuados de anticoagulación, el paciente debe adherirse lo mejor posible al tratamiento, lo que significa que su "comportamiento coincida con las recomendaciones relacionadas con su salud"¹. La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública². Este proyecto combina la educación para la salud (optimizar los conocimientos de la población que determinan la mejora de la salud) y la promoción de la salud (empoderar a la población de la salud propia y colectiva) mediante la elaboración de 2 modelos de tríptico informativo para pacientes y familiares con indicación de tratamiento anticoagulante oral:
Modelo 1: Anticoagulantes orales clásicos (acenocumarol y warfarina).
Modelo 2: Nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, edoxabán).

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Ofrecer información de forma sencilla y visual que ayude a la correcta adherencia terapéutica del paciente, con independencia del tipo de tratamiento anticoagulante oral que reciba.
Objetivos secundarios:
Ofrecer educación para la salud
Facilitar la autonomía del paciente
Mejorar la calidad de vida del paciente/familia
Disminuir las complicaciones relacionadas con su tratamiento anticoagulante

MÉTODO
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K.
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes tratados con nuevos anticoagulantes.
Los citados documentos serán distribuidos y explicados por el sanitario a los pacientes anticoagulados que acudan a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

INDICADORES
Evaluación:
Los 2 modelos de trípticos serán evaluados por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento, que serán valoradas por escala Likert³ con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información y el grado de utilidad de la información recibida. La pregunta nº 5 será destinada a sugerencias.
La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%
Elaboración del documento: nº trípticos realizados; objetivo =2
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1
- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10
Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo).
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

OBSERVACIONES
BIBLIOGRAFÍA

1. Jazmín Rodríguez-Duarte, S. Riesgo de no adherirse al tratamiento en pacientes cardiopatas con anticoagulación oral y análisis de los factores influyentes. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica. Vol. 21, nº 2 mayo-agosto 2013 pp57-62
2. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A y Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008; 40(8):413-7
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN LOPEZ LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FRANCO GARCIA MARIA ESTHER
PEREZ LAYO ANGELES
ARBIOL LATORRE ROSA MARIA
ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA
ABAD OLMOS ANA LAURA
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Finalizada la elaboración de los dos trípticos (uno para los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K y otros para los pacientes tratados con anticoagulantes de nueva generación) con la información seleccionada en la reunión inicial, comenzamos su entrega del material del 10 de Septiembre al 10 de Diciembre de 2018 a los pacientes anticoagulados que acudieron a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

Resaltar que las reuniones fijadas (6 en el planteamiento inicial) se realizaron en el plazo establecido. No obstante, consideramos fijar 2 jornadas extra (una para la creación del cuestionario tipo de "evaluación del material" en Julio de 2018, y otra para "evaluación y áreas de mejora", de Septiembre-Diciembre 2018.

Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo)

Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo)

Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)

Julio 2018: creación del cuestionario de evaluación

Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los

pacientes (Enfermera de consulta)

Septiembre 2018-Diciembre 2018 (2 sesiones): evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)

Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cuestionario elaborado para la evaluación del material, incluyó tanto variables demográficas como los siguientes ítems:

¿La información me ha resultado útil?

¿El contenido me parece adecuado?

¿He aprendido aspectos que desconocía sobre mi tratamiento anticoagulante?

¿Me ha resultado fácil comprender la información?

Díganos que cree que deberíamos modificar del folleto para que le resulte más útil

La información fue valorada mediante escala Likert con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo el 5 a muy útil y el 1 nada útil.

Indicadores:

Cumplimentación del calendario: 8 reuniones realizadas/ 6 reuniones previstas; objetivo = 85% (cumplido)

Elaboración del documento: n° trípticos realizados=2 (cumplido)

Distribución del material:

- n° centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1 (cumplido)

- n° servicios en los que se distribuya; objetivo =10 Consulta Hematología HNSG, Planta de Geriatria del HNSG, Consulta de Cataratas-Oftalmología del HNSG (no alcanzado).

Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K (cumplido) y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales, de los cuales solo hemos repartido a 42.

Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5 (cumplido). El 90% de los pacientes calificaron la información ofrecida como "útil" o "muy útil", otorgando puntuaciones entre 4-5 a las preguntas formuladas.

Los trípticos informativos y su correspondiente evaluación, fueron distribuidos a los pacientes cuando acudían a los servicios mencionados con anterioridad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La falta de adherencia al tratamiento es un obstáculo para mejorar la salud. Debemos plantear un enfoque individual para cada paciente, siendo necesario seguir una estrategia de intervención personalizada. La adherencia terapéutica y la educación sanitaria están estrechamente relacionadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

7. OBSERVACIONES.

Vamos a enviar estos trípticos informativos al resto de servicios del Sector I que estén interesados.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/475 ===== ***

Nº de registro: 0475

Título
IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Autores:
LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, PEREZ LAYO ANGELES, ARBIOL LATORRE ROSA MARIA, ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA, ABAD OLMOS ANA LAURA, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La falta de adherencia al tratamiento del paciente con anticoagulación oral es causa conocida de complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas. Para mantener los niveles adecuados de anticoagulación, el paciente debe adherirse lo mejor posible al tratamiento, lo que significa que su "comportamiento coincida con las recomendaciones relacionadas con su salud"1. La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública2. Este proyecto combina la educación para la salud (optimizar los conocimientos de la población que determinan la mejora de la salud) y la promoción de la salud (empoderar a la población de la salud propia y colectiva) mediante la elaboración de 2 modelos de tríptico informativo para pacientes y familiares con indicación de tratamiento anticoagulante oral:
Modelo 1: Anticoagulantes orales clásicos (acenocumarol y warfarina).
Modelo 2: Nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, edoxabán).

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: Ofrecer información de forma sencilla y visual que ayude a la correcta adherencia terapéutica del paciente, con independencia del tipo de tratamiento anticoagulante oral que reciba.
Objetivos secundarios:
Ofrecer educación para la salud
Facilitar la autonomía del paciente
Mejorar la calidad de vida del paciente/familia
Disminuir las complicaciones relacionadas con su tratamiento anticoagulante

MÉTODO

Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K.
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes tratados con nuevos anticoagulantes.
Los citados documentos serán distribuidos y explicados por el sanitario a los pacientes anticoagulados que acudan a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

INDICADORES

Evaluación:
Los 2 modelos de trípticos serán evaluados por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento, que serán valoradas por escala Likert3 con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información y el grado de utilidad de la información recibida. La pregunta nº 5 será destinada a sugerencias.
La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%
Elaboración del documento: nº trípticos realizados; objetivo =2
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10
Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

DURACIÓN

Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo).
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

OBSERVACIONES

BIBLIOGRAFÍA

1. Jazmín Rodríguez-Duarte, S. Riesgo de no adherirse al tratamiento en pacientes cardiopatas con anticoagulación oral y análisis de los factores influyentes. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica. Vol. 21, nº 2 mayo-agosto 2013 pp57-62
2. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A y Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008; 40(8):413-7
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0351

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I

Fecha de entrada: 29/01/2020

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.

LOPEZ LOPEZ MARIA DEL CARMEN
PEREZ LAYO ANGELES
ARBIOL LATORRE ROSA MARIA
LOZANO ENGUITA ELOISA
CALVO TRULLEN NURIA
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Aunque se estimaron para la valoración del proyecto 50 pacientes adscritos al programa de autocontrol (ATAO), se incluyeron finalmente 56, controlados todos ellos en la consulta de hematología del HNSGZ. Se diseñó una intervención individualizada para la reeducación en el procedimiento de Autocontrol de aquellos pacientes con baja adherencia terapéutica o que no modificaban la cumplimentación del procedimiento de Autocontrol, respecto a la información impartida durante el curso de formación para entrar en autocontrol. Nuestra intervención tuvo lugar en la consulta de enfermería del HNSG y fue realizada por una enfermera con formación específica en ATAO. Esta reeducación sanitaria (intervención) tiene una duración de unos 20 min, en los que se revisan los aspectos detectados como no adecuados en el check-list de cada paciente seleccionado como pueden ser: cumplimentación del tratamiento, dieta, modificación de fármacos asociados, incidencias clínicas, variabilidad en el cambio de nivel...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Calendario previsto: si se ha cumplido

Indicadores: si se han cumplido

Elaboración del documento (check-list) de valoración de la situación: número de documentos elaborados / 1 documento propuesto / objetivo = 1. RESULTADO: 1 check-list elaborado/ 1 documento = 1 (cumplido)

Pacientes valorados con el check-list: número pacientes valorados con check-list / 50 pacientes propuestos; objetivo > 0,80 (por error tipográfico en la redacción original del proyecto, donde pone "=" debería de poner ">"; objetivo >0,80). RESULTADO: 56 pacientes valorados / 50 pacientes propuestos = 1,12 (>0,80) (cumplido)

Número de intervenciones diseñadas: número intervenciones desarrolladas/ 1 intervención propuesta; objetivo= 1.

RESULTADO: 1 intervención diseñada (reeducación en procedimiento de Autocontrol, impartida por enfermería / 1 intervención diseñada = 1 (cumplido)

Detección de áreas de mejora:

Con la valoración del check-list, se han detectado diversas situaciones, que han propiciado mejoras:

- En ocasiones, se efectuó una segunda reeducación sanitaria: en 2 pacientes (marzo a diciembre 2019) se precisaron 2 reeducaciones.
- Modificación, si procede, del modelo de control de su TAO: en pacientes con FA e INR inestable, incluso con Autocontrol, se valora el paso de antivitaminas K a anticoagulantes de acción directa.
- En los pacientes que se detecta consumen parafarmacia/homeopatía: se les recomienda evitarla.
- En pacientes con olvido de dosis, se le aconseja e informa de la posibilidad de utilizar de sistemas de alerta para tomar el tratamiento (aplicaciones informáticas o de móvil, alarmas sonoras, pastilleros..)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se precisa seguimiento de los pacientes en programa de Autocontrol. El diseño del check-list nos ha permitido detectar pacientes que se benefician de la reeducación sanitaria en Autocontrol, con el fin de evitar hábitos erróneos, evitar excesiva confianza y banalización del proceso. Esta intervención (reeducación) nos parece efectiva. El uso del check-list ha contribuido también a detectar áreas de mejorar para nuestros pacientes en seguimiento con Autocontrol.

7. OBSERVACIONES.

Valoramos la reeducación sanitaria como efectiva, implementándose en la rutina de nuestro programa ATAO cuando así lo estime el equipo.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/351 ===== ***

Nº de registro: 0351

Título

VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0351

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I

EL SECTOR I

Autores:

FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, PEREZ LAYO ANGELES, ARBIOL LATORRE ROSA MARIA, LOZANO ENGUITA ELOISA, CALVO TRULLEN NURIA, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tratamiento farmacológico es una herramienta terapéutica fundamental en los pacientes crónicos. Es conocido que el uso de terapias orales diarias a largo plazo se asocia a una disminución de la adhesión y, secundariamente, a resultados subóptimos de salud, peor calidad de vida y aumento de los costes de salud (incremento de episodios clínicos)^{1,2}

Los pacientes en tratamiento crónico con anticoagulantes del tipo antivitamina-K adscritos al programa de autocontrol del tratamiento anticoagulante oral (ATAO) precisan de supervisión y seguimiento para asegurar la persistencia terapéutica, así como de seguimiento clínico, de evaluación del manejo y funcionamiento del coagulómetro y de resolución de incidencias sobrevenidas. Este seguimiento lo realizamos desde la Unidad de Autocontrol del SECTOR I, a través de las revisiones programadas y del teléfono de contacto disponible para nuestros pacientes para solventar incidencias.

Conocer los aspectos y factores de la falta de adherencia en nuestros pacientes, ayudará a prevenir futuras complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal: Reforzar la persistencia terapéutica al tratamiento.

Objetivos Específicos:

Mejorar la calidad de vida del paciente.

Reducir las complicaciones (trombosis/hemorragias).

Disminuir las visitas hospitalarias.

Mejorar la funcionalidad del paciente.

MÉTODO

Se realizará un estudio descriptivo y prospectivo sobre los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales clásicos incluidos en el Programa de ATAO de la Unidad de Autocontrol del SECTOR I (ubicada en HNSGZ) y de CS adscritos (CS Actur Norte).

A través de un check-list (elaborado al inicio del proyecto), se evaluará el conocimiento/desconocimiento del paciente sobre diversos aspectos relacionados con su enfermedad y tratamiento, para detectar posibles prácticas inadecuadas (se propone esta valoración en 50 pacientes). Este conocimiento nos permitirá intervenir (se propone diseñar al menos 1 intervención para aplicar en las sucesivas consultas de ATAO) sobre los aspectos erróneos/incorrectos que puedan poner en riesgo el buen funcionamiento del tratamiento, para optimizar la eficacia del ATAO tras nuestra intervención.

INDICADORES

Indicadores:

- Elaboración del documento (check-list) de valoración de la situación:

Nº documentos elaborados / 1 documento propuesto; objetivo = 1

- Pacientes valorados con el check-list:

Nº pacientes valorados con check-list / 50 pacientes propuestos; objetivo = 0,80

- Intervenciones diseñadas:

Nº intervenciones diseñadas / 1 intervención propuesta; objetivo =1

DURACIÓN

La programación de las actividades tendrá inicio en Febrero de 2019 y concluirá en Diciembre de 2019, valorando su continuación según los resultados obtenidos. Inicialmente serán:

*Febrero 2019: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0351

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AUTOCONTROL EN EL SECTOR I

check list (todos los miembros del equipo).

*Marzo-Diciembre 2019: Puesta en práctica de la actividad (todos los miembros del equipo).

*Enero 2020: Análisis/evaluación de los datos obtenidos y detección de áreas de mejora (todos los miembros del equipo).

*Enero 2020: Elaboración de la Memoria del Proyecto (todos los miembros del equipo).

OBSERVACIONES

BIBLIOGRAFÍA

1- Vermeire E, Hearnshaw H, Royen PV, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. J Clin Pharm Ther 2001; 26: 331- 42.

2- Leopold NA, Polansky M, Hurka MR. Drug adherence in Parkinson's disease. Mov Disord 2004; 19: 513-7

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0329

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 - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

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
RUIZ VALERO FRANCISCO
FERNANDEZ ABAD NURIA
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO
ANDRES ARRIBAS IGNACIO
MIÑANA AMADA CRISTINA
REBOLLAR TORRES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En junio de 2017 creamos un Grupo de Trabajo PROA-Hospital (GT-PROA) y comenzamos a desarrollar distintas actividades.

A.- ACTIVIDADES DE CONSTITUCIÓN DEL PROGRAMA Y GT-PROA:

Es un GT multidisciplinar de once miembros, con participación de clínicos, farmacéuticos, preventivista y microbiólogo. También cuenta con la participación del Director Médico de nuestro hospital como apoyo institucional. Fue aprobado como GT-PROA por la Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política de Antibióticos (CIPPA) y como Subcomisión y brazo operativo de ésta en junio de 2017. Inaugurado como GT en octubre 2017.

B.- ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA Y GT-PROA:

Presentación en noviembre de 2017 en:
.- Comisión Clínica de Farmacia Hospitalaria
.- Servicio de Medicina Interna y Servicio de Geriatría

C.- ACTIVIDADES FORMATIVAS:

1.- Cursos de formación y actualización en enfermedades infecciosas de los miembros del GT:

- Curso online liderado por la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica): "La implementación de los PROA en hospitales" 2ª Edición (marzo-septiembre 2018)
- Curso online ZSC-0594/2018 liderado por el GT autonómico-IRASPROA: "Principios y práctica de uso de antibióticos en el hospital" (noviembre-diciembre 2018)
- Curso online "PROA-Críticos" liderado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias -SEMIYUC- y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria -SEFH, con una duración de 12 meses y en curso en la actualidad.

2.- Curso de Formación Continuada PROA impartido por los miembros del GT:

Curso presencial de 14 jornadas sobre patología infecciosa y antibioterapia. Dirigido a médicos y enfermeras del Sector I y repartidas de marzo a diciembre de 2018. Ha tenido una buena acogida y en la actualidad está pendiente su acreditación por parte de la Unidad Docencia del Sector.

D.- ELABORACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS QUE ACTIVA, DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA y DESDE MICROBIOLOGÍA, LA INDICACIÓN DE INTERVENCIÓN DEL GT-PROA:

Las alertas son las siguientes:

- Bacteriemia (hemocultivo positivo).
- Aislamiento de un microorganismo multirresistente en muestra clínica o de vigilancia epidemiológica.
- Prescripción de un antibiótico de amplio espectro con alto impacto ecológico durante más de cuatro días en plantas de hospitalización.

Las INTERVENCIONES del GT-PROA comenzaron a principios del año 2018 y nos hemos ido incorporando a los distintos Servicios de forma secuencial: Medicina Intensiva (UCI), Servicio de Geriatría y Servicio de Medicina Interna. Se ha pospuesto de momento la inclusión del Servicio de Cirugía General y el de Ginecología en el programa, por falta tiempo material.

E.- REPARTO DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES ENTRE LOS DISTINTOS MIEMBROS DEL GT-PROA

- 1.- Se dispone de un miembro del equipo por Servicio para consultoría, realización de auditorías y registro de dicha actividad.
- 2.- Se realizan auditorías por alertas ad hoc.
- 3.- Está prevista la realización de auditorías aleatorias semanales por Servicio, aunque de momento solo se hacen en el Servicio de UCI por falta de recursos humanos.
- 4.- Desde el Servicio de Farmacia se realizan intervenciones en plantas de hospitalización para paso a terapia secuencial, tanto a través del programa de prescripción electrónica, como por vía directa cuando la situación lo requiere. También se recogen datos de consumo de antibióticos.
- 5.-Desde el Servicio de Microbiología, en colaboración con clínicos-PROA, se elabora el mapa epidemiológico local de microorganismos y susceptibilidad antibiótica.

F.- REUNIONES DE GT MENSUALES:

Convocadas los primeros miércoles de cada mes y donde se presenta la actividad realizada en formato .ppt, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

se reevalúan los objetivos de forma pragmática.

En estas reuniones también se aprovecha para invitar a GT o Equipos funcionales con aportaciones de interés en materia de infecciones. En abril 2018 nos reunimos con miembros del Servicio de Hospitalización Domiciliaria dependiente del Hospital Royo Villanova con el fin de conocer su modo de trabajo y valorar la posibilidad de que alguno de nuestros pacientes crónicos estabilizados pudiera beneficiarse del mismo.

A partir del año en curso comenzaremos a realizar campañas de feed-back con nuestros resultados. Está demostrado que son una poderosa fuente de refuerzo y concienciación. Es labor pendiente de este proyecto y pretendemos planificarlas con periodicidad trimestral.

G.-. MATERIAL ELABORADO:

1.- Creación de una "Guía de terapéutica antibiótica hospitalaria". En ella se incluyen actualizaciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de todos los síndromes infecciosos que puedan requerir ingreso hospitalario. Para su elaboración nos hemos apoyado en bibliografía contrastada y en otras guías elaboradas por GT-PROA españoles reconocidos como el PRIOAM (programa PROA andaluz liderado por el Hospital Virgen del Rocio de Sevilla).

En la actualidad está en fase de maquetación y pendiente de presentación y aprobación por la CIPPA. Posteriormente se presentará y divulgará por los distintos Servicios para optimizar su implementación.

2.- Se han mejorado las bases de datos para registro de nuestra actividad PROA y se han diseñado hojas de recogida de datos para las intervenciones por alertas y aleatorias.

3.- Elaborado el mapa epidemiológico local con los síndromes y patógenos más frecuentes y sus patrones de sensibilidad y resistencia.

4.- Elaborado el mapa de consumo antibiótico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A.- RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS GENERALES:

1.- Creación y puesta en marcha de un GT-PROA hospitalario multidisciplinar.

2.- Elaboración de una "Guía de terapéutica antibiótica hospitalaria".

3.-Elaboración del mapa epidemiológico local anual de microorganismos y susceptibilidad antibiótica.

4.-Elaboración del mapa de consumo antibiótico anual.

5-Actividades de formación tanto docente como discente en materia de infecciones y política antibiótica.

6- Actividades de divulgación y concienciación sobre la extrema importancia del uso apropiado de los antibióticos.

B.-RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Se ha conseguido realizar seguimiento a más del 50% de los pacientes con aislamiento de microorganismos multirresistentes y/o prescripción de antibióticos de amplio espectro en plantas de hospitalización.

2.- En la UCI la adhesión a las Guías y protocolos de antibioterapia ha sido superior al 80%. En las plantas de hospitalización, aún no ha comenzado su implementación, pero la aceptación de las recomendaciones llevadas a cabo por el GT-PROA ha sido del 79%.

3.- La tasa de desescalamiento en UCI es mayor al 80%. No disponemos aún de su tasa en plantas de hospitalización por el motivo anteriormente expuesto, pero los datos derivados de nuestras intervenciones apuntan a la baja.

4.- La tasa de secuenciación en la planta de geriatría es mayor al 80% gracias a la intervención del Servicio de Farmacia. No disponemos de datos en Medicina interna en relación con la terapia secuencial.

5.- INTERVENCIONES Y DATOS:

En el 2018 se han realizado 255 intervenciones, 191 fueron realizadas por clínicos y las 63 restantes se llevaron a cabo desde el Servicio de Farmacia con recomendación de secuenciar.

El 80% de las intervenciones clínicas fueron generadas por alertas. Hasta el momento solo se realizan auditorías aleatorias en el Servicio de Medicina Intensiva.

El 35% de las alertas fueron generadas por aislamiento de microorganismos multirresistentes, el 30% por bacteriemia y un 24% por prescripción de antibióticos de amplio espectro. El resto se generaron por una combinación de las variables anteriores.

Se realizaron recomendaciones en el 52% de las intervenciones. La gran mayoría, superior al 70%, estaba en relación con reducir espectro, acortar duración del tratamiento antimicrobiano y/o terapia secuencial.

El 79% de las recomendaciones fueron aceptadas.

-Bacteriemias:

Se detectaron 100 episodios. El 50% de los stafilococo aureus aislados en sangre fueron meticilín resistentes (MRSA). El 27% de las enterobacterias cumplían criterios de BLEE (productoras de betalactamasas de espectro extendido).

El 29% de las bacteriemias fueron infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAs) y el 53 % se presentaron en la planta de Geriatría.

Septiembre y octubre fueron los meses con mayor número de aislamientos.

- Microorganismos multirresistentes:

Geriatría fue la planta con mayor número de aislamientos. Los más frecuentes fueron MRSA (33%) y BLEE (29%). Un 2% de las BLEE eran multirresistentes. Se aislaron un 3% de multirresistentes con carbapenemasa, todos ellos en frotis de vigilancia epidemiológica.

- Antibióticos de alto espectro e impacto ecológico:

El Servicio de Medicina Interna fue el principal prescriptor. El antimicrobiano más prescrito fue

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

piperacilina/tazobactam (40%), con un porcentaje significativamente mayor de prescripciones en planta de Medicina Interna. La prescripción de carbapenemes se realizó en su mayor parte en Geriátrica, con un mayor uso de imipenem sobre meropenem.

La duración media de las prescripciones fue 7-8 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El papel de un equipo PROA es altamente rentable en nuestro hospital. Las intervenciones que se realizan dan lugar a una recomendación en la mitad de los casos, y ésta está dirigida, en la gran mayoría, a reducir la presión antibiótica. La aceptación de las recomendaciones por parte de los profesionales es excelente. No obstante los hábitos prescriptores son difíciles de modificar. Detectamos una tendencia a coberturas empíricas excesivas en plantas de hospitalización convencional. El porcentaje de IRAs es elevado, y quizá se le otorga un peso de riesgo de multirresistencia desproporcionado. La cultura del desescalado, muy arraigada en el Servicio de UCI, aún no ha podido ser medida en las plantas de hospitalización, pero los datos derivados de nuestras intervenciones apuntan a la baja. Sigue siendo muy necesario insistir con actividades que promuevan la concienciación e implicación en la reducción de presiones antibióticas innecesarias. Las campañas de feed-back de resultados que iniciaremos en el año en curso pueden suponer un importante impulso para optimizar nuestra actividad.

Quedan pendientes de incluir en el programa de auditorías los Servicios de Cirugía General y Ginecología.

El Servicio de Medicina Interna también queda pendiente de incluir en el programa de terapia secuencial liderado por los farmacéuticos PROA.

Consideramos que la incorporación en el GT de una enfermera con dedicación parcial al programa para identificación, transmisión de alertas y actividades de registro, sería de una gran ayuda. Estas labores consumen y restan tiempo a los clínicos, mermando la posibilidad de seguimiento e intervención sobre un porcentaje significativo de alertas (calculamos que la tasa de intervención actual es aproximadamente de un 50%). Solicitaremos a la Dirección Médica que se nos facilite este recurso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/882 ===== ***

Nº de registro: 0882

Título
CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
JORGE GARCIA RUTH NOEMI, RUIZ VALERO FRANCISCO, SAEZ ESCOLANO PAULA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, ANDRES ARRIBAS IGNACIO, MIÑANA AMADA CRISTINA, REBOLLAR TORRES ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: OPTIMIZACIÓN DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ANÁLISIS Y SITUACIÓN. PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los PROA están demostrando ser una estrategia útil para intentar frenar el acortamiento de la vida útil de los antibióticos (ATBs). El mal uso y el abuso que hemos hecho de ellos durante décadas ha generado un incontrolado incremento de las resistencias bacterianas y un estado de "crisis ATB" a escala mundial. En la actualidad los gérmenes más problemáticos se han convertido en un reto terapéutico por falta de antimicrobianos con garantías. Estos programas se posicionan en todo el mundo como armas de primera línea para hacer frente a esta preocupante situación. Tras el Documento Consenso Español del 2012 muchos hospitales españoles comenzaron a incorporar los entre sus líneas estratégicas. Han demostrado ser programas que funcionan y en breve sean dotados de un marco legal que los acredite, los regule, y los convierta en indicadores de calidad obligatorios en todo el Sistema Sanitario Español

Nosotros comenzamos nuestra andadura a finales del 2016 con la creación de un Grupo de Trabajo (GT) y la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

elaboración de una serie de Guías y Protocolos para el manejo integral de los distintos síndromes sépticos del paciente crítico en el contexto de un PROA-UCI. En abril 2017, tras ser aprobado por la Comisión de Infecciones, comenzamos a implantarlo en el entorno UCI del hospital. La adherencia al programa ha sido muy buena desde el principio (>80%), y tras un año de implementación estamos convencidos de que hemos mejorado nuestra praxis, seguimos de forma más dinámica y customizada la terapia ATB de nuestros pacientes, y garantizamos terapias más costo-eficaces. Además, hemos comenzado a generar registros de actividad y resultado que nos ayudan a monitorizar y evaluar nuestra labor asistencial para poder plantear actividades de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

1.- Crear un GT PROA-hospitalario multidisciplinar que extienda y divulgue el Programa por el resto de los Servicios. 2.- Perseguir la implicación y el apoyo del Equipo Directivo. 3.- Perseguir la implicación de todo el personal sanitario. 4.- Ampliar las Guías y Protocolos incluyendo los procesos infecciosos menos graves, subsidiarios de ingreso en plantas de hospitalización. 5.- Garantizar terapias costoeficaces.

POBLACIÓN DIANA: a todos los pacientes con síndromes infecciosos que ingresen en nuestro hospital y requieran antibioterapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Prescripciones ATBs adecuadas, y customizadas en todo el ámbito hospitalario.
2.- Mejorar en las culturas de desescalada, secuenciación y acortamiento de terapias en toda la Institución.
3.- Monitorizar y evaluar nuestra actividad clínica en materia de infecciones
4.- Elaborar un mapa de resistencias bacterianas y registro de datos de consumo ATB anual

OBJETIVOS FUTUROS

Consolidar un PROA hospitalario con objetivos y estrategias anuales de mejora.

MÉTODO

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS

1.- Reuniones del GT PROA mensuales con feed-back trimestral de los resultados.
2.- Continuar con actividades de divulgación / concienciación del uso racional de ATBs.
3.- Elaborar e impartir un plan de formación continuada en patología infecciosa y antibioterapia acreditado por la Unidad Docente del Sector.
4.- Disponer de un clínico-PROA por Servicio para consultoría
5.- Elaborar un sistema de alertas desde el Servicio de Microbiología y Farmacia que permita realizar auditorías de recomendación.
6.- Realización de auditorías aleatorias entre los pacientes con prescripción de ATBs.
7.- Registro informatizado de la actividad y cumplimiento de protocolos para posterior análisis.

INDICADORES

INDICADORES Y EVALUACIÓN

EVALUACIÓN LONGITUDINAL con recogida y análisis de los datos de forma periódica

INDICADORES

A.- Indicadores de cumplimiento de protocolos:

Porcentaje de pacientes que siguen el protocolo en cuanto a: recogida de muestras previa, elección de terapia empírica, dosis y forma de administración, desescalada y duración de la prescripción. Tasa de cumplimiento total de protocolo.

B.- Indicadores de actividad, proceso y resultado:

Porcentaje de pacientes con ATBs, Días totales de ATBs y de terapia ATB combinada. Tasa de cultivos positivos y resistencias bacterianas. Gasto farmacéutico en ATBs. Porcentaje de Consultorías. Porcentaje de alertas y tipo de alerta. Porcentaje de alertas que generan una recomendación y tipo de recomendación. Tasa de aceptación de las recomendaciones.

DURACIÓN

RESPONSABLES:

Grupo PROA-UCI. Servicio de Farmacia y Servicio de Microbiología

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO:

Octubre 2017- 2018:

Continuar con el PROA-UCI y sus actividades de registro y monitorización

Ampliar Guías/protocolos y puesta en marcha de los sistemas de consultoría, alertas y auditorías en todo el ámbito hospitalario

Continuar con actividades de divulgación y concienciación periódicas.

Abril 17/octubre 18:

Proceso de implementación del PROA-hospitalario con sus distintas actividades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Plan de formación continuada PROA de marzo a diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0975

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE PAULA SAEZ ESCOLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JORGE GARCIA RUTH NOEMI
FERNANDEZ ABAD NURIA
IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ
GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA
GASPAR GOMEZ ANA MARIA
SARALEGUI ORTS VERONICA
PAUL FUMANAL ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En enero de 2018 se puso en marcha el Núcleo de Seguridad SiNASP del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. La implantación del Sistema de Notificación durante este año se ha llevado a cabo en dos fases. La primera fase, de enero a marzo, se dedicó a la constitución de un núcleo de seguridad en UCI, formado por 3 médicos, 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería, todos ellos con formación previa en Seguridad del paciente. Ellos han sido los encargados de impartir la formación en el sistema de notificación SiNASP al resto de profesionales de la UCI. La primera reunión se llevó a cabo en enero de 2018, se designaron los miembros del núcleo y se inició la formación del personal. En marzo de 2018 ya se había impartido la formación en SiNASP a todos los profesionales sanitarios de UCI, se habían realizado notificaciones de eventos adversos y se habían realizado análisis de causalidad de los mismos, implementando medidas de reducción de riesgo. La segunda fase comenzó en abril de 2018, ampliándose el Núcleo de Seguridad a todos los servicios del HNSG. A día de hoy se han incluido 4 Facultativos especialistas, 1 Técnico de Laboratorio, 7 enfermeras, y 1 fisioterapeuta. Contamos con representación de Medicina Interna, Geriatria, Anestesia, Cirugía, Radiología, Laboratorio, Rehabilitación, Anatomía Patológica y Consultas externas. Todos ellos recibieron formación previa en seguridad del paciente. Se han formado grupos de trabajo para analizar los eventos adversos notificados. Estos grupos se reúnen para realizar análisis causales de los eventos y tratan de emitir recomendaciones de mejora. Se realizan reuniones mensuales de todo el Núcleo de Seguridad en las que se lleva a cabo la puesta en común del trabajo realizado durante el mes y se revisan los aspectos formativos. Se ha impartido formación en el uso y utilidad del SiNASP al personal sanitario de todos los Servicios con representación. Además, se han colocado póster informativos en zonas clave del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 se han recibido un total de 24 notificaciones de eventos adversos, habiéndose realizado recomendaciones de mejora en 20 de ellas (80%). El 66% de los incidentes sucedieron en UCI, el 21% en plantas de hospitalización y el 13% en servicios centrales. Durante los tres primeros meses el proyecto estuvo acotado a UCI, y esto genera un sesgo importante que hace que el mayor porcentaje de notificaciones recibidas pertenezcan a este Servicio. La mayoría de los eventos adversos (EA) comunicados se relacionan con errores de comunicación (8EA: 33%) y errores relacionados con la medicación (8EA: 33%). El resto de EA, en porcentaje muy inferior, pertenecen las categorías de: "procedimientos terapéuticos", "retraso o tiempo inadecuados", "identificación", "procedimientos diagnósticos" y otros. Las recomendaciones de mejora emitidas por el Núcleo de Seguridad son transmitidas a los responsables de los Servicios implicados en el plazo máximo de 1 mes, aceptándose en un 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo continuado del Núcleo de Seguridad mediante reuniones mensuales ha generado una dinámica de trabajo que resulta eficiente en la gestión de los eventos adversos que suceden en el hospital. Con la implicación de un equipo multidisciplinar resulta más fácil conocer las peculiaridades de los distintos Servicios que integran el HNSG, pudiendo emitir recomendaciones que resultan prácticas y sencillas de llevar a cabo. La transmisión de las recomendaciones las lleva a cabo la persona del servicio implicado en el evento adverso, de esta manera, resulta menos invasivo y se obtiene una mejor aceptación por parte de los responsables, tanto supervisión de enfermería como jefaturas de servicio. Sería recomendable conseguir implicar en el proyecto a los restantes servicios del HNSG: Urgencias, Cirugía...

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/975 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0975

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018

Nº de registro: 0975

Título
IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Autores:
SAEZ ESCOLANO PAULA, JORGE GARCIA RUTH NOEMI, FERNANDEZ ABAD NURIA, IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN, GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA, GASPAR GOMEZ ANA MARIA, SARALEGUI ORTS VERONICA

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: Cualquier patología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El sistema sanitario es un sistema complejo formado por un conjunto heterogéneo de profesionales sanitarios. Esta complejidad hace que, en ocasiones se produzcan errores que pueden afectar a los pacientes. Aunque cada error o evento es único, estos comparten muchas cosas en común. Muchas veces sus causas inmediatas y sobre todo los factores contribuyentes tienden a repetirse. Una vez investigados, la identificación de los factores latentes en los sistemas permitirá rediseñarlos para hacerlos más seguros.
Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje es uno de los objetivos incluidos en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) ha contado con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian para el desarrollo y la coordinación del denominado Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, SiNASP.
El MSSSI lleva a cabo la gestión global del sistema y facilita su utilización por parte de los centros sanitarios mediante un proceso de implementación coordinado y liderado por los responsables de las Comunidades Autónomas correspondientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear un Núcleo de Seguridad multidisciplinar constituido por personal sanitario de todos los Servicios del HNSG
2. Promover una cultura de seguridad en el personal sanitario.
3. Identificar los problemas de seguridad existentes.
4. Mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

MÉTODO

1. Reuniones mensuales del Núcleo de Seguridad en las que se evaluará el proceso de formación del personal sanitario en Seguridad del paciente y uso del Sistema de Notificación. Se analizarán los eventos adversos notificados, sus causas y factores contribuyentes, tratando de emitir recomendaciones de mejora.
2. Formación en seguridad al personal sanitario del HNSG, mediante pequeñas charlas impartidas durante el horario laboral. Se enseñará de forma práctica cómo notificar un evento adverso relacionado con la seguridad del paciente.
3. Colocación de pósters relacionados con la seguridad. Se colocarán en los controles de enfermería y otras zonas transitadas para fomentar la participación y enfatizar la importancia de la seguridad.
4. Difusión de las recomendaciones de mejora emitidas por el Núcleo de Seguridad

INDICADORES

Notificaciones realizadas por cada 100 camas
Notificaciones trimestrales*100 /nº camas
Resultado óptimo > 3

Recomendaciones de seguridad emitidas
Notificaciones*100 / recomendaciones emitidas
Resultado óptimo: 50%

DURACIÓN

La implantación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente se llevará a cabo en 2 fases.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0975

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018

1º. Enero-Marzo 2018. Constitución de un núcleo de seguridad en UCI, formado por 3 médicos, 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería, todos ellos con formación previa en Seguridad del paciente. Encargados de impartir la formación en el sistema de notificación SiNASP al resto de profesionales de la UCI. El personal de UCI comenzará a notificar eventos adversos tutorizados por el núcleo de seguridad.

2ª fase: abril - diciembre 2018: Ampliación del proyecto a todos los servicios del HNSG, para ello se ampliará el grupo de trabajo con miembros de diferentes categorías pertenecientes a diversos servicios del hospital Ellos serán los encargados de liderar la formación en seguridad a nivel hospitalario.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1110

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 06/02/2019

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.
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR
ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO
ARMILLAS MOLINOS MARIA
GIL EGEA ESMERALDA
IBÁÑEZ GARCIA BEATRIZ
PAMPLONA CALEJERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reparto de las tareas entre los miembros del equipo.
-Inicio de la búsqueda bibliográfica.
-Puesta en marcha desde la Comisión de Transfusión y Hemoderivados del Centro de nuevos métodos de seguridad transfusional enfocados a Enfermería.
-Inicio de la redacción del Protocolo, todavía no terminado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Grado de asistencia: 90%.
-Grado de cumplimentación del calendario: 85%.
-Grado de satisfacción de los participantes en la actividad: media.

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.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados entran dentro de lo esperado, requiriendo más tiempo para la elaboración de un documento formal, que cuente con la aprobación de la Comisión de Transfusión y de Hemoderivados del Centro.
-Finalización de la revisión bibliográfica.
-Finalización de la redacción de Protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1110 ===== ***

Nº de registro: 1110

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
LAFUENTE MATEO MIRIAM, RUIZ VALERO FRANCISCO, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR, ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO, ARMILLAS MOLINOS MARIA, GIL EGEA ESMERALDA, IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN, PAMPLONA CALEJERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1110

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La anemia es la patología hematológica más frecuente en el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con una etiología múltiple en la que intervienen desde factores del paciente (ferropenia previa al ingreso, procesos patológicos crónicos...), como la patología motivadora del ingreso en UCI (sepsis, politraumatizado...) y hasta las extracciones que se realizan en nuestras Unidades.

Tradicionalmente, el tratamiento más rápido es la transfusión de Concentrados de Hematíes (CH), con la finalidad de aumentar la cantidad de hemoglobina intravascular y, con ello, el transporte de oxígeno a los tejidos. De esta manera, la transfusión ha probado su eficacia en determinadas patologías médicas y quirúrgicas, aumentando la supervivencia de los pacientes que se encuentran en situaciones de gravedad, secundaria a anemia severa o shock hipovolémico (de origen hemorrágico).

Sin embargo, a pesar de ser la medida más rápida, también es la medida más agresiva para el tratamiento de la anemia, no estando exenta de efectos secundarios, que pueden implicar un aumento de la morbimortalidad de los paciente.

En este sentido, en los últimos años, se vienen publicando una serie de recomendaciones, fruto de investigaciones a nivel multicéntrico, que cada vez apoyan más las políticas restrictivas transfusionales, basándose en tratamientos médicos y quirúrgicos enfocados a la corrección de los focos sangrantes y a la optimización de la coagulación y de los factores moduladores de la inflamación en los procesos sépticos.

Así, creemos que la realización de un Protocolo de Uso de Hemoderivados, que recoja las situaciones más frecuentes en nuestro quehacer diario, ayudará a valorar de una manera racional las necesidades transfusionales de nuestros pacientes, de acuerdo a los nuevos enfoques publicados.

RESULTADOS ESPERADOS

Describir las situaciones de necesidad transfusional, de acuerdo a la bibliografía actual.

Optimizar el uso de hemoderivados en nuestra Unidad.

Protocolizar el procedimiento de administración de las transfusiones en nuestra Unidad.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica de la situación actual del problema.

Elaboración de un Protocolo de Uso de Hemoderivados, que recoja las situaciones más habituales de nuestra UCI.

INDICADORES

Elaboración del Protocolo del Uso de Hemoderivados.

Presentación del mismo a la Comisión de Trasnfusiones y Hemoderivados del Hospital Nuestra Señora de Gracia para su aprobación.

DURACIÓN

Septiembre 2018: reparto de tareas entre los miembros del equipo.

Octubre 2018: búsqueda bibliográfica.

Diciembre-Marzo 2018: redacción del Protocolo.

Abril 2018: presentación del Protocolo a la Comisión de Trasnfusiones y Hemoderivados del Hospital Nuestra Señora de Gracia

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1503

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR
ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO
ARMILLAS MOLINOS MARIA
GIL EGEA ESMERALDA
PAMPLONA CALEJERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Presentación y justificación del proyecto a los miembros del servicio. Recomendaciones agrupadas en 5 paquetes de medidas:

USO APROPIADO DE LA SONDA URETRAL
INSERCIÓN ADECUADA DE LA SONDA URETRAL
MANTENIMIENTO ADECUADO DE LA SONDA URETRAL
GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

Se ajustará su realización y se iniciará la formación realizando el curso de formación online que se aprobará por el área de seguridad del paciente del ministerio de sanidad y consumo.

Se diseñarán las hojas de registro para la recogida de datos. Se iniciará el programa en el tercer trimestre del año 2017 Se cumplimentarán encuesta de prevalencia periódicas que informen de la evolución de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Presentación en sesión del servicio en sesión acreditada del proyecto ITU Zero en Junio de 2018, explicando las líneas generales del proyecto y resolviendo las dudas planteadas.
Realización de la formación online en la plataforma del ministerio de Sanidad del 93 % de la plantilla (médicos, enfermeras y auxiliares) a fecha de Enero de 2019
Diseño y puesta en marcha de las medidas del proyecto y de la documentación elaborada, tras asistir a las reuniones a nivel nacional y autonómico explicativas de la puesta en marcha del proyecto.

Los resultados obtenidos durante el periodo 2018, obtenidos del registro ENVIN en nuestra Unidad y nuestro país son:

UNIDAD		
Infecciones SU: 5	N Tasa	
Pacientes Ingresados	213	2,35
Días de estancia	1.583	3,16
Días de SU	1.267	3,95
Ratio de utilización SU		0,80

NACIONAL Unidades:292		
Infecciones SU: 1452	N Tasa	
Pacientes Ingresados	130.403	1,11
Días de estancia	689.120	2,11
Días de SU	558.877	2,60
Ratio de utilización SU		0,81

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha resultado interesante la implantación del proyecto, ya que ha contribuido a la mentalización en la prevención y control de la IRA más frecuente en nuestras unidades, hemos revisado el protocolo del servicio de sondaje, hemos completado la formación, implantado las medidas del proyecto y se ha incorporado las prácticas seguras a la labor asistencial diaria mejorando la calidad de la atención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1503 ===== ***

Nº de registro: 1503

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1503

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

Autores:
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR, ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO, ARMILLAS MOLINOS MARIA, ESMERALDA GIL EGEA ESMERALDA, PAMPLONA CALEJERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son un grave problema de salud pública a nivel mundial. Son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados. Hasta un 15% de los pacientes desarrollan una infección.
Las infecciones del tracto urinario representan el 15%-20% de las IRAS. Hasta el 16% de los pacientes hospitalizados son portadores de una sonda uretral en algún momento de su estancia. La ITU-SU representan hasta el 40% de todas las infecciones hospitalarias. La incidencia oscila entre 3,1 y 6,4 por 1000 días de sonda uretral. En la UCI entre el 50% y el 80% de los pacientes ingresados son portadores de catéter uretral. Durante la primera semana del sondaje urinario el 8% de los pacientes por día desarrollan bacteriuria de forma que el porcentaje de pacientes con bacteriuria al decimo día alcanza el 50%. Las bacteriurias asociadas al sondaje vesical elevan la morbilidad, la mortalidad y el costo en particular si es una bacteriuria complicada. Hasta 65%-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Indicador: No de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / No total de días de sondaje?Estándar: = 2,7 episodios de ITU-SU / 1000 días de SU ?

Indicador: No de pacientes con ITU-SU x 100 pacientes / No total de pacientes ?

OBJETIVOS SECUNDARIOS? ?

Indicador: Día de sonda uretral / Total de estancias ?Estándar: = 0,7

MÉTODO

Presentación y justificación del proyecto a los miembros del servicio. Recomendaciones agrupadas en 5 paquetes de medidas:

USO APROPIADO DE LA SONDA URETRAL ?

Utilizar sonda uretral solo cuando este indicado, con sistema de circuito cerrado y puerto para toma de muestras. ??

Retirar la sonda uretral cuando no sea necesaria, valorando diariamente su indicación. ?

INSERCIÓN ADECUADA DE LA SONDA URETRAL ??

Realizar higiene de manos inmediatamente antes y después de la inserción o de cualquier manipulación de la sonda uretral. ??

Utilizar una técnica estéril de inserción. ?

MANTENIMIENTO ADECUADO DE LA SONDA URETRAL ???3.a- Mantener siempre cerrado el sistema colector (sonda uretral, tubo de drenaje y bolsa colectora). ??

Mantener el flujo de orina libre sin obstáculos en el circuito, y la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga. ?

GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ??

Los profesionales sanitarios debe recibir formación específica sobre la inserción y mantenimiento de la sonda uretral. ??

Los protocolos de inserción y mantenimiento de la sonda uretral deben revisarse y actualizarse, cada 3 años y/o cuando se publique nueva evidencia ??

La necesidad de mantener feedback con los profesionales sanitarios. Los coordinadores de la unidad informará ?n periódicamente al personal sobre las tasas de ITU-SU. ?

NO HACER

Utilizar antisépticos y antibióticos en la higiene diaria.

Usar antimicrobianos profilácticos en la inserción, mantenimiento o retirada de la sonda uretral.

Cambiar de forma rutinaria y periódica la sonda uretral.

Realizar lavados vesicales ??

Tomar cultivos si no se sospecha infección, excepto para estudios de colonización. ?

Utilizar de modo rutinario de sondas impregnadas de antimicrobianos. Pautar tratamiento antimicrobiano en la bacteriuria asintomática.

Se ajustará su realización y se iniciará la formación realizando el curso de formación online que se aprobará

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1503

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

por el área de seguridad del paciente del ministerio de sanidad y consumo.
Se diseñarán las hojas de registro para la recogida de datos.
Se iniciará el programa en el tercer trimestre del año 2017
Se cumplimentaran encuesta de prevalencia periódicas que informen de la evolución de los indicadores.
Se llevarán a cabo reuniones periódicas para valorar la marcha del programa y difundir resultados y, en su caso, diseñar acciones correctoras

INDICADORES

Indicador: Día de sonda uretral / Total de estancias ?Estándar: = 0,7 ??
Indicador: No de antibióticos indicados para ITU-SU x 100 / No total de antibióticos indicados para tratar infección asociada a dispositivos Estándar: Disminuir un 10% los antibióticos utilizados para ITU-SU ?
Indicador: No de profesionales sanitarios adscritos a la UCI formados en el proyecto "ITU-ZERO" x 100 / No total de profesionales sanitarios adscritos a la UCI ?
Indicador: Actualización protocolo UCI HNSG

DURACIÓN

Junio - Septiembre 2018 Abril 2020 ?
Encuesta situación trimestral
Abril Mayo 2020 presentación de resultados 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 - 2019/0452

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE RUTH NOEMI JORGE GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ VALERO FRANCISCO
SAEZ ESCOLANO PAULA
FERNANDEZ ABAD NURIA
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO
CANOVAS PAREJA CARMEN
MIÑANA AMADA CRISTINA
REBOLLAR TORRES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la constitución del Grupo de trabajo PROA Hospital (GT PROA) en junio del 2017, éste ha ido creciendo y consolidándose. Ha pasado además a representar a todo el hospital en materia de infecciones y se han creado subgrupos de trabajo para diseño y puesta en marcha de distintos proyectos futuros.

1) ACTIVIDADES DE AMPLIACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL GP-PROA:

En mayo del 2019, y siguiendo la normativa del SALUD en cuanto a regulación de Comisiones Clínicas y GT, se constituyó la Comisión de Infecciones, profilaxis y política antibiótica del Sector I (CIPPA) y el Organigrama IRASPROA Sectorial, quedando éste constituido por los GT-PROA-IRASPROA de Hospital Royo Villanova (HRV), Hospital Nuestra Señora de Gracia y Atención Primaria (AP) del Sector 1, las CIPPAS hospitalarias y la CIPPA Central. Con el fin de simplificar estructuras e incrementar la eficacia, y dado que la mayor parte de los miembros de nuestro GT formábamos parte de la CIPPA hospitalaria, en junio de 2019 se planteó y aprobó por la Dirección Médica del hospital la disolución de ésta y la ampliación del GT-PROA con el resto de los miembros de la CIPPA que se quisieran incorporar. El GT PROA representa ahora a todo el hospital en materia de infecciones y rendirá cuentas trimestrales a la CIPPA Central.

En la actualidad el GT-PROA está formado por 19 miembros. Están representados casi todos los Servicios hospitalarios, con inclusión de personal de enfermería, un técnico de laboratorio que desempeña actividades administrativas y un representante de la Dirección Médica.

2) ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA:

>> Sesiones Generales hospitalarias para presentación de la actividad PROA y el mapa epidemiológico local. Periodicidad anual.
>> Sesión Clínica de UCI para presentación de la actividad del PROA-UCI con fines divulgativos y de feed-back. Periodicidad anual.
>> Presentación de los resultados de Implantación del PROA en Unidad de Geriatria en los Congresos Nacional e Internacional 2019 de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

3) ACTIVIDADES FORMATIVAS:

A-> Cursos de Formación Continuada PROA impartido por los miembros del GT con periodicidad trianual: En 2018 se realizó un curso presencial de 14 jornadas sobre patología infecciosa y antibioterapia. Dirigido a médicos y enfermeras del Sector I y acreditado por la Unidad de Docencia del Sector.
B-> El GT continúa actualizándose en patología infecciosa:
>> Curso online PROA-Críticos liderado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias -SEMICYUC- y la Sociedad Española de Farmacia hospitalaria - SEFH-. Todavía en curso -iniciado en octubre 2018 y ampliado hasta 30 febrero de 2020-. Realizado por la coordinadora PROA.
>> Curso online de Experto en PROA 2020-21. Liderado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios e impartido por la Universidad Nacional de Estudios a Distancia. Preinscripción de la coordinadora PROA.
>> Curso ITU Zero 2019 de los Proyectos Tolerancia Zero. Liderado por la SEMICYUC y realizado por todos los integrantes del GT de UCI.
>> Jornadas de Actualización de patología infecciosa en personas mayores. Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Noviembre 2019. Asistencia de clínicos PROA de Geriatria.

4) REPARTO DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES ENTRE LOS MIEMBROS DEL GT-PROA:

A-> Los clínicos PROA realizan auditorías por alertas (*) ad hoc y están disponibles para consultoría. (* Alertas de bacteriemia, aislamiento de microorganismos multirresistentes (MMR), y prescripción de antibióticos de alto impacto durante más de 4 días en plantas de hospitalización convencional)
B-> La farmacéutica PROA realiza intervenciones en planta de Geriatria para paso a terapia secuencial, tanto a través del programa de prescripción electrónica, como por vía directa cuando la situación lo requiere.
C-> Desde el Servicio de Microbiología, en colaboración con clínicos-PROA, se elabora el mapa epidemiológico local de microorganismos y susceptibilidad antibiótica.

5) OFERTA DE SERVICIOS:

A-> Mapa epidemiológico local
Incluye los síndromes y MO más frecuentes y sus patrones de susceptibilidad a antibióticos. Se elabora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0452

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

anualmente y se presenta en Sesión General hospitalaria con fines de difusión y feed-back.

B-> Determinación de niveles de vancomicina:

Puesta en marcha de un circuito HNSG-Hospital Lozano Blesa en agosto del 2018 y con tiempos de respuesta operativos, en torno a 12h. Coordinado por la Farmacéutica PROA.

C-> Guía de antibioterapia

Aprobada por la CIPPA antes de su disolución. Se dispone de dos versiones: 1) una guía amplia, en la que se incluyen no solo recomendaciones de antibioterapia empírica, sino actualizaciones y protocolos de manejo integral de cada síndrome adecuadamente referenciados y avalados, y 2) una versión reducida, a modo solo de tablas de prescripción y que permitirá al clínico un manejo práctico más rápido. La versión amplia podrá consultarse tanto en formato papel como en digital. Por problemas técnicos y de personal ambas guías se han retrasado en su finalización. En la actualidad están pendientes de obtención del ISBN. En cuanto estén disponibles se presentarán en todos los Servicios y se les facilitará un ejemplar a papel de cada una. El formato digital, que podrá consultarse en "Z", también está a la espera de ser aprobado por la Dirección Médica para su inclusión en la página principal de la plataforma intranet del Sector. Se prevé que ambas estén operativas a finales del mes en curso.

D-> Intervenciones:

Se dispone de datos de actividad de dos años: 2018-19. El Servicio de Medicina Interna no cuenta con clínico PROA y, aunque intentamos cubrirlo desde UCI, este hecho dificulta las posibilidades de auditar y seguir a estos pacientes. Aún no ha sido posible incluir en el programa a las plantas de Cirugía y Ginecología por falta de tiempo material. Tampoco ha sido posible realizar auditorías aleatorias en plantas de hospitalización por el mismo motivo.

La farmacéutica PROA realiza intervenciones en la planta de Geriatria para paso a terapia secuencial. Estamos pendientes de poder ampliarlo a la planta de Medicina Interna.

E-> Consultoría:

El GT cuenta con 5 clínicos PROA que, además de las actividades habituales de intervención, están disponibles para consultoría.

F-> Formación:

Programa de Cursos de Formación continuada y actualización en infecciosas. Dirigido a médicos y enfermeras y con periodicidad trianual.

6) CREACIÓN DE SUBGRUPOS DE TRABAJO:

Aunque hasta el momento la mayor parte de la actividad PROA ha sido desempeñada desde los Servicios de UCI, Geriatria, Microbiología y Farmacia, el incremento del número de miembros tras disolución de la CIPPA ha permitido la reciente creación de subgrupos de trabajo para la realización de distintos proyectos durante el año en curso.

7) REUNIONES DEL GT MENSUALES:

Se siguen convocando los primeros miércoles de cada mes.

En ellas se presenta la actividad y resultados de las intervenciones en formato .ppt, se reevalúan los objetivos generales del programa y se intenta buscar soluciones a los obstáculos del sistema.

En estas reuniones también se aprovecha para plantear mejoras y para invitar a GT o Equipos Funcionales externos con aportaciones de interés en materia de infecciones. En mayo 2018 organizamos una Sesión General Hospitalaria en la que se invitó al Dr. Pérez Camo, alergólogo del HRV, con el fin de conocer los requerimientos necesarios para poner en marcha un programa de desensibilización de alergias a betalactámicos en pacientes de alto riesgo. Es un Proyecto de gran interés y aún pendiente de diseñar.

A partir del 2020 se incluirán en la agenda mensual los distintos proyectos por subgrupos/ Servicios, con el fin de que todos adquieran protagonismo y además se pongan en conocimiento de todo el equipo PROA.

8) MATERIAL ELABORADO:

<<) Mapa epidemiológico local.

>>) Guía de antibioterapia.

>>) Posters informativos del espectro antimicrobiano e indicaciones de los principales antibióticos prescritos en España, tanto en hospitalaria como en AP. Distribuidos por todos los Servicios y en alguna Consulta. La información contenida y estructurada en éstos ha sido facilitada por un grupo de farmacéuticos españoles expertos en infecciones, y la consideramos de gran ayuda para el clínico en la toma de decisiones sobre antibioterapia.

4)Memorias semestrales de actividad PROA presentadas en las reuniones del GT y una memoria anual que se aportará a la CIPPA de Sector cuando sea requerida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1) CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS GENERALES:

>> Consolidación del GT-PROA con ampliación de sus miembros.

>> Representación del hospital en materia de infecciones, profilaxis y política de antibióticos. --Creación de subgrupos de trabajo con proyectos propios.

>> Actividades de formación docente y discente.

>> Actividades de divulgación y feed back hospitalarias y en UCI.

>> Mapa epidemiológico local.

>> Guía de terapéutica antimicrobiana hospitalaria. Disponible por fin a finales de enero.

2) RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Se ha incrementado la tasa de intervenciones en bacteriemia, aislamiento de microorganismos multirresistentes y prescripciones de antibióticos de amplio espectro, tanto en UCI como en Geriatria (cifras de 84% y 89% en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0452

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

las dos primeras y en torno al 60% en la tercera). En Medicina Interna las tasas son inferiores de forma global. El no disponer de clínico PROA dentro del propio Servicio dificulta mucho las posibilidades de auditar. En la UCI se dispone de Guía de antibioterapia en procesos infecciosos críticos desde el año 2017. La adherencia a éstas se ha incrementado al 85%. En casi todos los casos el ajuste a insuficiencias orgánicas es correcto (95%) y la tasa de desescalada, cuando ésta es pertinente, es elevada (75%). En plantas de hospitalización, al no poder implementar todavía las guías, no se dispone de ese dato, pero la aceptación de las intervenciones ha sido del 81%. La tasa de terapia secuencial en Geriátrica, con intervenciones realizadas por la farmacéutica PROA, es elevada (86%). Sigue sin disponerse de datos en Medicina Interna.

3) INTERVENCIONES Y DATOS:

En el año 2019 se han realizado 479 intervenciones frente a las 255 del año anterior. 348 fueron realizadas por clínicos PROA. Las 131 restantes se llevaron a cabo en Geriátrica por la farmacéutica PROA con la recomendación de secuenciar, siendo aceptadas el 86%.

El 95% de las auditorías clínicas fueron realizadas por alertas. Hasta el momento todavía no se realizan auditorías aleatorias fuera de UCI.

El 52% de las auditorías por alertas fueron generadas por aislamiento de MMR, el 21% por bacteriemia y el 17% por prescripción de ATBs de alto impacto ecológico. El resto se activó por una combinación de las variables anteriores.

Del 39% de las intervenciones derivó una recomendación (datos del 52% en el año anterior). Más de la mitad de las recomendaciones iban encaminadas a reducir la presión antibiótica. Las más frecuentes fueron: reducción de cobertura antibiótica y desescalada (23% en ambas) y suspensión de antimicrobiano por considerarlo no indicado (13% de las recomendaciones). La aceptación sigue siendo elevada: 81% de forma global y más elevada en el Servicio de UCI (87%).

>>) Bacteriemias:

Se registraron 86 bacteriemias frente a las 100 del año anterior (aunque el dato puede estar sesgado por problemas con la transmisión de información durante los tres primeros meses del año). La distribución en cuanto al origen fue similar al 2018, con un elevado porcentaje de IRAS (42%). El 48% de los episodios se detectaron en Geriátrica, 35% en MI y 15% en UCI, con datos porcentuales similares a los del año pasado. No se ha registrado ninguna bacteriemia por estafilococo aureus meticilín resistente (SAMR) y solo el 10% de las enterobacterias aisladas eran portadoras de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) frente al 27% del pasado año. Junio, septiembre y octubre fueron los meses con mayor número de registros.

>>) MMR:

Se registran 245 frente a 196 del año anterior. El incremento de registros no refleja un aumento de colonización sino una mayor actividad PROA. Solo la mitad de ellos cumplieron criterios de infección activa. La UCI y Geriátrica fueron los Servicios con mayor número de aislamientos (41% y 37%). El porcentaje de IRAS es muy elevado (42%). Los MO más frecuentes fueron SAMR (32%) y enterobacterias BLEE (E coli BLEE 22% y Klebsiella BLEE 10%). Se incrementa ligeramente el número de enterobacterias MR y microorganismos (MO) no fermentadores. También muy discretamente el nº de MO portadores de carbapenemasa y MO extremadamente resistentes (estentrophomonas y klebsiellas), aunque solo en un caso cumplió criterios de infección clínica. Los aislamientos de aspergillus y candida distinta a la especie albicans son anecdóticos (2 y 1 casos respectivamente, y todos interpretados como colonización).

>>) Antibióticos de amplio espectro e impacto ecológico:

Se han reducido ligeramente el nº de prescripciones, en especial en el Servicio de Medicina Interna (del 53 al 37% del total de prescripciones en plantas de hospitalización)

El ATB más usado ha sido piperacilina/tazobactam, sobre todo en Medicina Interna. Geriátrica es el principal prescriptor de carbapenemes, con mayor porcentaje de imipenem sobre meropenem y con un ligero incremento del uso de ertapenem. La duración media de las prescripciones fue de 6,8 días frente los 7,5 días del año 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde su creación hasta la fecha hemos conseguido cumplir la mayor parte de nuestros objetivos y se han logrado importantes mejoras a nivel hospitalario.

El papel del equipo PROA continúa siendo altamente rentable en nuestro hospital. La incorporación de personal de enfermería y de nuevos clínicos PROA está permitiendo una mayor difusión y concienciación del uso optimizado de los antibióticos y la puesta en marcha de nuevos proyectos encaminados a mejorar la calidad de la prescripción. Aunque de momento no se ha conseguido que a ningún miembro del equipo se le conceda dedicación parcial de su jornada laboral al programa, seguimos avanzando.

El porcentaje de IRAS y de colonizaciones por MMR sigue siendo elevado. El incremento de registros con respecto al año anterior, no refleja un aumento de colonización, sino una mayor actividad PROA. Solo la mitad de ellos cumplieron criterios de infección activa, pero es muy importante su detección para asegurar que se cumplen las medidas de aislamiento encaminadas a reducir la transmisión.

Detectamos una ligera reducción en la antibioterapia empírica de amplio espectro que se prescribe en plantas de hospitalización, sobre todo en la planta de Medicina Interna (a pesar del sesgo que describimos más abajo), donde las cifras del año anterior hacían pensar que se le otorgaba un peso excesivo al riesgo de multiresistencia.

Ha disminuido el número de intervenciones de las que deriva una recomendación con respecto al año anterior, lo que nos lleva a pensar que nuestra labor comienza a dar sus frutos en cuanto a concienciación y optimización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0452

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Nuestro principal punto débil como equipo es la ausencia de representación en el Servicio de Medicina. Esto dificulta las intervenciones y genera pérdida de información, con su sesgo correspondiente. Además, por cuestiones de organización interna, este Servicio tampoco cuenta con intervenciones desde Farmacia para terapia secuencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/452 ===== ***

Nº de registro: 0452

Título
CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
JORGE GARCIA RUTH NOEMI, RUIZ VALERO FRANCISCO, SAEZ ESCONALO PAULA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, CANOVAS PAREJA CARMEN, MIÑANA AMADA MARIA CRISTINA, ANDRES ARRIBAS IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La implementación de los PROA (Programas para Uso Racional de los Antibióticos -ATBs) está demostrando su eficacia en garantizar terapias coste-eficaces en materia de infecciones, y se ha convertido en una medida prioritaria del Plan Nacional frente a la Resistencia a ATBs, tanto en Hospitales como en Atención Primaria. En este sentido, en abril del 2018 el Gobierno de Aragón puso en marcha el programa IRAS-PROA: programa integral autonómico para vigilancia y prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización del uso de ATBs). En él se reconoce el papel fundamental de los profesionales sanitarios y desde él, se ha solicitado a los Centros/Sectores sanitarios que se apoyen en grupos de trabajo (GT) multidisciplinares para identificar y priorizar las necesidades locales y poner en marcha diferentes actuaciones: elaboración de guías locales, medida de consumo y de resistencias, realización de actividades formativas, y asesoramiento a profesionales por miembros del equipo PROA disponibles para consultoría. Se prevé que estas actividades se vayan incluyendo entre los objetivos de los sectores sanitarios y hospitales de forma progresiva. Nuestro GT- PROA, en activo desde octubre de 2017, incluye todas ellas entre sus objetivos, pero aún requiere tiempo para consolidarse, y sobre todo requiere mayor concienciación e implicación por parte de profesionales e institución sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1- Consolidación del GT-PROA. Lograr mayor implicación tanto de profesionales como de Equipo Directivo. Continuar con actividades formativas
2- Aprobación por la CIPPA (Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política ATB) y divulgación eficaz de las Guías locales para su óptima implementación.
3- Garantizar terapias coste-eficaces.

POBLACIÓN DIANA:

1-Todos los pacientes con síndromes infecciosos que ingresen en el hospital.
2-Profesionales sanitarios y Equipo Directivo.

OBJETIVOS FUTUROS

1- Integrar la cultura del PROA en la dinámica de trabajo habitual del hospital
2-Analizar nuestras fortalezas y debilidades y creación de planes de actuación específicos.

MÉTODO

1- Continuar con actividades de concienciación, divulgación y formación en materia de infecciones tanto del GT-PROA como del resto del personal sanitario.
2- Iniciar labores de feed-back con presentación de resultados de actividad en reuniones hospitalarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0452

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA III. CONSOLIDACIÓN DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

- generales. Está demostrado que son una poderosa fuente de refuerzo y concienciación. Es labor pendiente del proyecto anterior y pretendemos planificarlas con periodicidad trimestral.
- 3- Optimizar la implementación futura de la Guía de antibioterapia. Hemos creado una guía amplia en la que se incluyen no solo recomendaciones de ATBs empíricos, sino actualizaciones y protocolos de manejo integral de cada síndrome infeccioso, por ello consideramos interesante elaborar una versión reducida de ésta con el fin de facilitar al profesional un manejo práctico rápido. Se compondrá solo de tablas de prescripción con los ATBs recomendados en cada síndrome. Ambas Guías estarán disponibles en formato papel y digital. La digital se incluirá en la plataforma de intranet del Sector. Tras aprobación por la CIPPA se presentará en todos los Servicios y se les facilitará un ejemplar de cada una.
 - 4- Elaboración anual de mapas epidemiológicos con síndromes, patógenos más frecuentes y sus patrones de sensibilidad y resistencia a nivel local y distribuido por Servicios. Inclusión en la intranet. Registro de datos de consumo de ATBs local y por Servicios.
 - 5- Elaboración de un circuito entre nuestro hospital y el HCU para determinación de niveles de ATBs.

INDICADORES

- 1- Indicadores de adhesión a las Guías. % de pacientes que lo siguen en cuanto a recogida de muestras, elección de ATBs, dosis, desescale, secuenciación y duración de la prescripción. Tasa de cumplimiento global.
 - 2- Indicadores de proceso y resultado: % de pacientes con ATBs de amplio espectro y días de prescripción. Gasto farmacéutico en ATBs. Consultorías e intervenciones anuales. Tasa de intervenciones. % de éstas que generan recomendación y tipo de recomendación. Tasa de aceptación de las recomendaciones. Tendencias y comparación con respecto al año previo.
- Evaluación longitudinal y análisis periódicos

DURACIÓN

- Enero 2019-20: continuar actividades PROA descritas. Iniciar feed-back. Inclusión del Servicio de Cirugía y Ginecología en el programa.
- 1º semestre 2019: Aprobación de Guías por la CIPPA, presentación y divulgación.
 - 2º semestre 2019: Comenzar su implementación y recogida de indicadores de adhesión. Activar circuito para determinación de niveles de ATBs.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0504

1. TÍTULO

CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE PAULA SAEZ ESCOLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JORGE GARCIA RUTH NOEMI
FERNANDEZ ABAD NURIA
IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN
GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA
GASPAR GOMEZ ANA MARIA
PAUL FUMANAL ANA
FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A comienzos de 2019 el Núcleo de Seguridad SiNASP del HNSG estaba formado por 11 miembros de distintas categorías profesionales y Servicios hospitalarios. A lo largo del año se ha ampliado a 16 miembros: 5 facultativas, 3 supervisores, 7 enfermeros y 1 fisioterapeuta; teniendo representación en los servicios de UCI, Anestesia, Cirugía, Medicina Interna (MI), Geriatria, Pool de Enfermería, Radiodiagnóstico, Laboratorio de Análisis Clínicos y Rehabilitación.

Se han realizado reuniones mensuales de todo el Núcleo para abordar el estado de la formación y las notificaciones recibidas. Además se han convocado reuniones extraordinarias para analizar los eventos adversos (EA) y plantear acciones de mejora en el menor tiempo posible.

Se ha completado la formación en Seguridad y uso del sistema de notificación SiNASP para personal sanitario en los servicios de UCI, Cirugía, Medicina Interna, Geriatria y Laboratorio. En el resto de Servicios implicados se ha comenzado la formación y está pendiente de completarse.

Hemos diseñado un ciclo de 7 sesiones clínicas acreditadas que se impartirá durante el año 2020, en las que se expondrá el trabajo realizado por el Núcleo de Seguridad en el último año. También se difundirán los resultados estadísticos de EA ocurridos en el hospital y los planes de mejora puestos en marcha. Se realizarán sesiones enfocadas a explicar y tratar de minimizar los EA más frecuentes en el HNSG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el 2019 se han recibido un total de 21 notificaciones de EA. Clasificadas según la matriz de riesgo SAC: 17 EA fueron de riesgo bajo (SAC 4 / sin SAC), 3 EA de riesgo medio (SAC 3) y 1 EA de riesgo alto (SAC 2) que fue comunicado a Dirección Médica con actitud proactiva por su parte.

Distribución de notificaciones de EA: 24% UCI, 14% MI, 14% Quirófano, 5% Geriatria, 5% Planta de Cirugía, 5% Rehabilitación, y un 33% catalogado como Planta de Hospitalización por falta de información de su procedencia. El 23% de los EA notificados fueron errores de medicación, siendo el resto de categorías mucho menos frecuentes: 7% incidentes relacionados con diagnóstico, 7% errores de identificación, 7% errores relacionados con la comunicación, 7% problemas con equipos y aparatos, 5% traslados, 2% dietas y alimentación, etc.

Se han emitido acciones de mejora en el 90% de ellos, siendo transmitidas por parte de los integrantes del Núcleo de seguridad a los responsables de los Servicios implicados, con una aceptación del 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Núcleo de Seguridad SiNASP del HNSG se ha consolidado y continúa ampliándose para intentar abarcar todos los servicios hospitalarios. El carácter multidisciplinar del equipo nos permite un abordaje más completo de los EA y contribuye a la buena aceptación de las iniciativas de mejora en los distintos servicios.

El número de notificaciones de EA recibidas en el año 2019 ha sido menor que en el año previo (21 frente a 24), probablemente debido a que en algunos servicios se completó la formación en el año 2018, no habiéndose realizado actualización en este año. Por ello se ha diseñado un programa de sesiones formativas que tratará de repetirse anualmente para continuar fomentando la cultura de seguridad en el hospital.

Los notificantes en muchos casos no aportan suficientes datos sobre los EA. Esto se debe a que persiste el miedo a las represalias por cometer errores. Durante la formación debemos continuar haciendo hincapié en la importancia de analizar los EA para mejorar la seguridad del paciente, dejando claro que el sistema es totalmente anónimo y no punitivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/504 ===== ***

Nº de registro: 0504

Título
CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0504

1. TÍTULO

CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Autores:

SAEZ ESCOLANO PAULA, JORGE GARCIA RUTH NOEMI, FERNANDEZ ABAD NURIA, IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN, GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA, GASPAR GOMEZ ANA MARIA, PAUL FUMANAL ANA, FORMIGOS BLANQUE JOSE 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: Cualquier patología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje es uno de los objetivos incluidos en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian desarrolló y coordinó el denominado Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). El SiNASP ha sido específicamente desarrollado para dar respuesta a las necesidades de las organizaciones sanitarias de nuestro país, como muestra el hecho de haber implicado a los distintos grupos de interés en su diseño (pacientes, profesionales a través de las Sociedades Científicas, expertos en seguridad y representantes de las Comunidades Autónomas). El análisis de riesgos o de incidentes ya sucedidos es una de las partes fundamentales de la gestión de riesgo. A partir de él vamos a conocer los problemas de nuestra organización y a partir de aquí, establecer las mejoras que eviten o mitiguen esos riesgos. El sistema de notificación es el medio que tiene el profesional para comunicar los incidentes de seguridad de los que es testigo o se ve implicado para que puedan ser analizados y aprender de ellos. Como objetivos de un sistema de notificación tenemos: aprender de las experiencias tras el análisis sistemático de los hechos, disminuir los incidentes de seguridad tras la implantación de las acciones de mejora consecuencia de los análisis y contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo. El Núcleo de Seguridad del HNSG se constituyó en enero de 2018, y se ha ido consolidando a lo largo de este mismo año, contando en la actualidad con 16 miembros. Se han realizado recomendaciones de mejora en el 80% de los Eventos Adversos (EA) notificados, siendo la mayoría aceptadas y puestas en marcha.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Ampliar el Núcleo de Seguridad formado por profesionales sanitarios de todo el HNSG. Actualmente falta implicar al Servicio de Urgencias del hospital.
2. Promover una cultura de seguridad en el personal sanitario.
3. Liderar la mejora de la seguridad en la atención al paciente en el HNSG, a partir del análisis EA y la emisión de recomendaciones de mejora.
4. Implicar a la Dirección de hospital para facilitar la implementación de las medidas de mejora.

MÉTODO

1. Continuar las reuniones mensuales del Núcleo de Seguridad en las que se evalúa el proceso de formación del personal sanitario en Seguridad del paciente y Uso del SiNASP. Se analizarán los EA notificados, sus causas y factores contribuyentes, tratando de emitir recomendaciones de mejora.
2. Continuar la formación en Seguridad del Paciente a los profesionales sanitarios del HNSG mediante charlas en pequeños grupos impartidas durante el horario laboral, de forma que se facilite la asistencia. Se enseñará al personal a realizar notificaciones en el SiNASP, realizando ejemplos prácticos, tutorizados por miembros del Núcleo.
3. Potenciar la visibilidad del Núcleo mediante pósters relacionados con la seguridad y con el uso del Sistema colocados en zonas estratégicas del hospital.
4. Reunión de los responsables de Seguridad de HNSG y Hospital Royo Villanova (HRV) para fomentar el trabajo en equipo y tratar de unificar las líneas de trabajo de ambos hospitales del Sector I.
5. Implicar a la dirección del hospital en aquellas recomendaciones de mejora que se emitan a partir de EA que impliquen daños graves al paciente.
6. Realización de una reunión hospitalaria informativa con una periodicidad al menos anual. En ella se hará un repaso del trabajo realizado por el Núcleo de Seguridad, contribuyendo así a mejorar el feedback de la información el resto de profesionales sanitarios del hospital.

INDICADORES

Recomendaciones de Seguridad emitidas
Notificaciones recibidas*100 / Recomendaciones emitidas
Estándar. > 60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0504

1. TÍTULO

CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

DURACIÓN

Las actividades planificadas se llevarán a cabo a lo largo de todo el año 2019. Se prevé que en diciembre de 2019 se encuentre completado el Núcleo de Seguridad con representación de los distintos Servicios hospitalarios y se haya completado la formación en los servicios que ya disponen de representación en el Núcleo de Seguridad. Dada la elevada movilidad del personal (Traslados) se continuará impartiendo formación a lo largo de todo el año a los profesionales sanitarios que se vayan incorporando.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1303

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZARAZAGA SANTIAGO
GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA
ARMILLAS MOLINOS MARIA
GIMENO ANA ISABEL
GIL EGEA ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Se ha constituido la comisión que consta de 3 facultativos y 7 DUES del Servicio de Medicina Intensiva.
Se ha planificado y realizado a partir del verano de 2019, una reunión trimestral y se ha gestionado la inclusión como grupo de trabajo con el responsable de calidad del Sector y la dirección del centro.
Se ha preguntado a los miembros del servicio sobre los temas que creen importante tratar de abordar en la comisión, resultando que los propuestos serían:

- 1.- Abordar la ampliación de los horarios de visita de la Unidad. Se modificará el enfoque del acceso de los familiares a la Unidad, y salvando los periodos de máxima actividad asistencial, se intentará el máximo acceso posible de la familia al enfermo durante las máximas horas posibles del día.
- 2.- Actualizar la hoja de información a familiares y la información que se proporciona por facultativos y personal de enfermería a los familiares durante el ingreso (valorando que se realice dos veces al día en vez de una como hasta ahora).
- 3.- Gestionar la disponibilidad de monitores de televisión en los boxes de la UCI.
Gestionar calendarios y relojes que ayuden a la orientación del paciente.
- 4.- Elaboración de protocolo de sedación y analgesia de la Unidad
- 5.- Estudiar aplicación y modificación protocolo de atención al duelo

5. RESULTADOS ALCANZADOS. 1.- Creación de la comisión de humanización de la Unidad de cuidados intensivos del H Nuestra Señora de Gracia
2.- Modificación tríptico de información a familiares.
3.- Asignación de responsables de realizar el protocolo de sedación de la Unidad.
4.- Se ha gestionado la obtención de televisores para los enfermos ingresados en la Unidad, se han conseguido de momento 4 monitores, se solicitará la obtención de uno por box, además se gestionará la compra de relojes y calendarios para los boxes, al objeto de ayudar a la orientación de los pacientes.

Cumplimiento indicadores propuestos al inicio del proyecto:

OBJETIVOS INDICADOR

Encuesta aspectos a trabajar en relación a la humanización				50 - 90 %	SI 95 %
Modificación hoja informativa familiares	SI		SI		
Cambio horario visitas familiares		SI	SI		
Necesidades de material, Monitores TV Min 4 boxes			SI		

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valora como muy satisfactoria la respuesta del personal, tanto a la creación de la comisión como a su puesta en marcha. La implicación en su funcionamiento inicial y la cantidad de propuestas realizadas nos hace plantearnos su continuidad como proyecto de calidad y como grupo de trabajo del Servicio.

La respuesta de los pacientes y las familias a las iniciativas realizadas ha sido muy buena, por lo que creemos que merece la pena profundizar en esta línea de trabajo, tanto en el Servicio como en el centro.

Consideramos que es también muy importante, y no ha sido parte de las iniciativas abordadas en esta fase inicial, incidir en los aspectos relacionados con el personal y su cuidado, abordando aspectos como la sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados y la prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar profesional.

Por todo lo expuesto creemos cumplidos los objetivos propuestos al inicio del proyecto y creemos que se debe valorar su continuidad, como línea estratégica de trabajo en el Servicio.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1303

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA

----- PROYECTO DE REFERENCIA ----- (Año 2019 N°Reg 1303) -----

Nº de registro: 1303

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA

Autores:
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, ZARAZAGA SANTIAGO, GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA, ARMILLAS MOLINOS MARIA, GIMENO ANA ISABEL, GIL EGEA ESMERALDA

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: TODOS LOS PACIENTES CRITICOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos 30 años, el desarrollo a nivel científico y tecnológico de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha sido espectacular. Esa es la causa de un incremento notable en las cifras de supervivencia de los enfermos ingresados en estas unidades. Sin embargo, un uso intensivo de la tecnología ha podido relegar las necesidades humanas y emocionales de pacientes, familias y profesionales a un segundo plano. Como consecuencia, se advierte una pérdida de la narrativa en la elaboración de las historias clínicas, falta de escucha activa a las demandas de pacientes y familiares, y el cuestionamiento de la vocación profesional por estrés. Este estrés se origina en la falta de unas condiciones laborales estables por recortes humanos y materiales, en parte debidos a la crisis económica, así como a la falta de reconocimiento social.
Por tanto, es tiempo de reflexionar sobre si debe replantearse una rehumanización de la asistencia y mejorar la relación entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios. El verdadero objetivo es conseguir mayor cercanía, comprensión, afectividad y ternura, incrementando nuestra capacidad de autocrítica y perseverando en nuestro permanente afán de mejora.
La atención integral requiere subjetividad, cualificación, sensibilidad y ética. Necesita de grandes dotes de comunicación y habilidades de relación: escucha activa, respeto, empatía y compasión.
Ni más ni menos es lo que pretendemos conseguir con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos crear un grupo de trabajo e incidir en los siguientes aspectos para mejorar en la humanización de la atención a los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos:
Se priorizaron los siguientes programas y ámbitos de intervención:
1. UCI de puertas abiertas
2. Comunicación
3. Bienestar del paciente
4. Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos
5. Cuidados al profesional
6. Infraestructura humanizada
7. Cuidados al final de la vida

MÉTODO
Creación del grupo de trabajo sobre humanización. Al menos 4 reuniones anuales para definir objetivos.
Trabajar sobre los diferentes objetivos señalados:
Horario de visitas
Folleto de información a familiares
Plan de comunicación a familiares, familiar y enfermero responsable..
Mejora infraestructuras para facilitar la estancia de paciente y familiares en UCI..
Elaboración de protocolo de sedación y analgesia..
Se incluyen algunas, las posibilidades de actuaciones son muchas más que se irán implementando.

INDICADORES
Realización de encuesta a personal sobre los aspectos a trabajar en relación a la humanización Objetivo: que la realice más del 70 % del personal. 50 -90 %
Modificación hoja informativa de familiares. SI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1303

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA COMISION DE HUMANIZACION DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HNSG DE ZARAGOZA

Realización de cambios en horario de visitas y forma de relacionarse con enfermo y familiares. SI
Valoración necesidades de material para mejorar confort de enfermos y familiares. Inicialmente monitores de televisión para al menos 4 de los boxes de la Unidad. SI

DURACIÓN

Inicio en Junio de 2019 y continuación al menos durante un año para iniciar y consolidar las actuaciones requeridas.

Responsables de implantación y consolidación sería la comisión de humanización del Servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALIACAR MUÑOZ MARTA
BAGUES MARCEN MARIA CARMEN
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
FERRANDO VELA JUAN
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
JIMENEZ SAENZ JUANA
SAURA HERNANDEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se consideró 'REINGRESO' a aquellos producidos de manera urgente, antes de 30 días del alta del episodio inicial o del reingreso inmediatamente anterior y con la misma categoría diagnóstica mayor.

Se seleccionaron los reingresos de los GRD más frecuentes en pacientes que podían ser atendidos por diferentes servicios, con los siguientes resultados:

- 140 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.
- 194 - INSUFICIENCIA CARDÍACA.

Participan los Jefes de Servicio / de Sección de:

- MEDICINA INTERNA (HRV y HNSG)
- NEUMOLOGÍA (HRV)
- CARDIOLOGÍA (HRV)
- GERIATRÍA (HNSG)
- UNIDAD DE CALIDAD
- UNIDAD DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACION (HNSG y HRV)

Se realizó la búsqueda de 'casos' en la base de datos del CMBD conjunta de los dos hospitales, de manera que el sistema pudiese considerar como reingreso al producido en el hospital distinto al del alta, si el ingreso era urgente y antes de 30 días.

Se realizaron las búsquedas con el programa de corporativo de explotación de los CMBD, decisys®, para los CMBD de los años 2016 y 2017.

La población de pacientes se caracterizará por:

- EDAD EN AÑOS
- SEXO
- MOTIVO DE ALTA
- DURACIÓN DE LA ESTANCIA
- NIVEL DE GRAVEDAD
- NIVEL DE MORTALIDAD

A partir de estos datos, se recoge la información necesaria a cada episodio de reingreso:

- GRD del reingreso
- CIP
- Edad
- Sexo
- Fecha de ingreso y alta del episodio de reingreso
- Diagnostico principal estancia hospitalaria

Actividades realizadas.

1- Se ha llevado a cabo el análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso

2- En el mes de marzo todos los responsables de los Servicios implicados han asistido a una Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.

3- Determinar las tasas de reingreso de las patologías más frecuentes en los Servicios médicos antes de la intervención. Conocer la tasa de reingreso en nuestro Sector permitirá compararnos con los datos en los hospitales de similares características.

4- En la última reunión del grupo de trabajo se presentaron las propuestas de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducir o adecuar los reingresos en aquellas patologías más frecuentes.

Se plantean diferentes tipos de intervenciones y la adecuación a ellas de las diferentes Unidades que intervienen en el proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizan los datos correspondientes a los procesos de insuficiencia cardíaca y EPOC en ambos hospitales y en todos los servicios implicados.

No se adjuntan los datos pormenorizados por imposibilidad material de espacio de incorporar las tablas a la memoria.

El número de ingresos anual por EPOC se mantiene estable en los últimos 3 años.

El porcentaje de reingresos urgentes (< 30 días) es significativamente inferior a la media nacional.

La introducción del hospital de día de neumología y de las consultas monográficas de EPOC en el HRV han conducido a disminuir la estancia media por EPOC sin aumento de los reingresos.

Los resultados obtenidos en el caso de Insuficiencia cardíaca parecen comportarse de manera similar, aunque todavía no disponemos de los datos definitivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los resultados obtenidos, se propone unificación de las pautas de actuación durante el ingreso, al alta y en el seguimiento del paciente.

INTERVENCIONES EN LOS PACIENTES CON EPOC

1- En Los pacientes con EPOC severo (Oxigenoterapia domiciliaria, bronquiectasias sobreinfectadas,..) se realizará una atención precoz a los 7 días tras el alta hospitalaria en el Hospital de Día de Neumología.

2- Los pacientes con EPOC severo e insuficiencia respiratoria serán controlados en la consulta monográfica de EPOC

INTERVENCIONES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

1- La transición incluye al menos una cita precoz, antes del 7º día, dado que en este periodo el riesgo de reingreso es máximo.

Se recomienda la revisión por el médico de atención primaria en la primera semana y por un especialista en insuficiencia cardíaca (médico o enfermería) en las dos primeras semanas, que idealmente debería pertenecer al mismo equipo responsable del alta.

2- Es conveniente que el seguimiento durante la transición incluya un mecanismo de acceso fácil telefónico y/o presencial, incluyendo una consulta con Hospital de Día para la resolución de las posibles descompensaciones.

Se acuerdan medidas generales y específicas para los pacientes con insuficiencia cardíaca o EPOC, basadas en las recomendaciones de los especialistas en dichos procesos.

7. OBSERVACIONES.

Los objetivos año 2019:

1- Diseño de una vía clínica para el paciente con EPOC y otra para el paciente con IC desde Urgencias hasta el alta hospitalaria

2- Diseño de un formulario para la recogida de información sobre los pacientes "caso" en una base de datos prospectiva para identificar los factores de riesgo de reingreso precoz. Para ello consideraremos información básica:

- La morbilidad y comorbilidad.
- Numero de ingresos hospitalarios previos.
- La duración de la estancia hospitalaria.
- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)
- La situación funcional y social

Conocer algunas características tanto del paciente como de las circunstancias que motivó el reingreso servirá para poder identificar problemas relacionados con la calidad asistencial y de esta forma implementar medidas para reducir la incidencia de reingresos en los dos procesos objeto de este proyecto.

3- La valoración del efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos se analizará seis meses después de la puesta en marcha de las intervenciones.

4- En una fase posterior, se analizarán las variaciones entre episodios iniciales y de reingreso de los niveles de gravedad y mortalidad y comorbilidades, al igual que la polifarmacia.

Cronograma

Enero-Marzo 2019: diseño de una vía clínica para pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca y pacientes con diagnóstico de EPOC.

Marzo- Diciembre: Puesta en marcha de la vía clínica y aplicación de las medidas de intervención del proyecto para disminuir el reingreso en pacientes con Insuficiencia cardíaca o EPOC.

Diciembre 2019: Medición y cuantificación de la tasa de reingresos de los GRD 140 Y 194 por servicios tras la intervención.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1077 ===== ***

Nº de registro: 1077

Título
GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Autores:
JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN, ALIACAR MUÑOZ MARTA, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, FERRANDO VELA JUAN, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, JIMENEZ SAENZ JUANA, RAMOS D'ANGELO FERNANDO, SAURA HERNANDEZ SONIA

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: INSUFICIENCIA CARDICA, EPOC
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El envejecimiento de la población en España y en toda Europa ha hecho crecer la demanda de servicios sanitarios y sociales por parte de pacientes pluripatológicos que presentan enfermedades crónicas y alta comorbilidad. Uno de los indicadores en los que se refleja este mayor consumo de recursos es el ingreso hospitalario. La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria habitualmente utilizado.
El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos. Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta. Existe una gran variedad de intervenciones para disminuir el riesgo de reingresos. En general, las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial, parecen ser las actividades más efectivas. .
Nuestra intervención se hará en la insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) por ser los dos procesos con mayor número de reingresos por causa médica en nuestro Sector. La tasa de reingreso puede identificar problemas de la calidad asistencial y posibilidades de mejora en estos dos procesos. Los servicios que participarán en el proyecto serán los que atienden a dichos procesos en el Sector.
Los Servicios implicados en el proyecto serán Cardiología, Geriátrica, Medicina Interna y Neumología.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Confirmar los procesos con reingresos más frecuentes en los servicios médicos de los dos hospitales del Sector Zaragoza I.
2-Identificar los factores predictivos de los reingresos hospitalarios.
3-Proponer intervenciones efectivas para reducir el riesgo o número de reingresos hospitalarios.
4- Monitorizar los reingresos en los procesos definidos tanto por Servicio como por Sector.
5- Reducir la tasa de reingresos respecto a si mismos.

MÉTODO
1-Análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso.
2-Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.
3-Propuesta de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducción de reingresos en aquellas patologías más frecuentes.
4-Valorar el efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos.

INDICADORES
Según la evidencia disponible, podrían ser factores de riesgo del reingreso hospitalario los siguientes:
1-La morbilidad y comorbilidad.
2- Numero de ingresos hospitalarios previos.
3-La duración de la estancia hospitalaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

4- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)

5- La capacidad funcional: limitación en las actividades de la vida diaria era un factor predictivo del reingreso hospitalario.

Estos factores permitirán clasificar a los pacientes con mayor riesgo de reingreso, realizándose la actuación en estos pacientes.

Los indicadores del proyecto serán la Tasa de reingreso antes y después de las intervenciones en el global de pacientes del Sector con insuficiencia cardiaca y EPOC, y de forma individualizada en cada Servicio.

DURACIÓN

Mayo 2018- Presentación de la metodología de trabajo a los Servicios implicados.

Julio 2018-Resultados de tasa de reingresos antes de las intervenciones.

Septiembre 2018-Intervenciones generales y específicas por Servicios.

Marzo 2019-Resultado de tasa de reingresos después de las intervenciones.

Abril 2019-Comunicación de resultados a los Servicios implicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H NTRA SRA DE GRACIA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALIACAR MUÑOZ MARTA
BAGUES MARCEN MARIA CARMEN
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
FERRANDO VELA JUAN
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
JIMENEZ SAENZ JUANA
SAURA HERNANDEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Durante el año 2018 se evaluaron las causas de la alta incidencia de reingresos por insuficiencia Cardíaca y se propusieron medidas encaminadas a mejorarlas, que fueron las siguientes:

- 1- Mejorar la calidad del tratamiento médico según la guías
- 2- Educación sanitaria sobre el síndrome de IC al paciente, familiares con elaboración de folleto informativo y ofrecer un tfno. De contacto
- 3- Transición de cuidados de forma correcta de atención Hospitalaria a atención primaria (se adjuntan normas de la SEC)
- 4- Reevaluación temprana del paciente
 - a. 1 visita en los primeros 7 días del alta a cargo de una enfermera experta en IC y el médico correspondiente (cardiólogo, geriatra, internista, médico de atención primaria). Va encaminada a valorar congestión residual u otras causas reversibles de descompensación y ajustar tratamiento. Realizar analítica de pro-BNP, Hb, filtrado glomerular
 - b. Programar visitas sucesivas para ajustar medicación
 - c. Realizar tratamientos puntuales en hospital de día: diuréticos IV, ferritina, transfusión de concentrados de hematies...

Todas estas medidas se encuadran en el desarrollo de una Unidad de IC especializada que ofrezca todas estas medidas y la coordinación con Atención Primaria que es fundamental en el cuidado de estos pacientes. También se propuso realizar una base de datos que registre los reingresos por IC y causas desencadenantes, durante el año 2019.

Por último, se planteó desarrollar una vía clínica en el manejo hospitalario de la IC que englobe a todos los servicios implicados en el diagnóstico y tratamiento de la misma para unificar criterios de actuación y mejorar la calidad del tratamiento ofrecido a estos pacientes.

Teniendo como guía estos objetivos, hemos estado colaborando estrechamente el Servicio de Medicina Interna y el Servicio de Cardiología durante todo el 2019:

1. Se ha incluido en la agenda del Servicio de Cardiología una consulta especializada de IC, cuya actividad de detalla en un documento adjunto (anexo 1). Se remiten paciente con IC avanzada procedentes de Cardiología, MI (anexo 2) y recientemente se ha realizado un documento para que Atención Primaria pueda derivar sus pacientes (anexo 3).
2. Se está realizando actividad formativa, para el personal sanitario y para los pacientes ingresados, para que conozcan su enfermedad y como deben cuidarse. Se están elaborando unos folletos informativos que se entregaran a los pacientes.
3. En el informe de alta, se adjuntan normas claras y sencillas para el paciente respecto a la alimentación, toma de líquidos, pesarse todos los días y estilo de vida.
4. Los pacientes que ingresan por IC, al alta salen con cita para la consulta de IC en 15 días o para su cardiólogo en 1-2 meses.
5. Se ha realizado una base de datos (Anexo 4) donde se registran los pacientes que reingresan de forma precoz por IC. Se elaboró de forma conjunta con Medicina Interna, se están registrando los pacientes desde julio de este año.
6. Creación de un Grupo de trabajo de IC en el HRV para la elaboración de la vía clínica. Nuestro objetivo para el año 2020 es desarrollar de forma completa la unidad especializada de IC, para ello necesitamos:
 - Aumentar el número de consultas de seguimiento para los pacientes, tanto los dados de alta después de un ingreso como los derivados desde Atención Primaria o desde Especializada.
 - Dedicar tiempo a formación y colaboración con Atención Primaria, para dar a conocer el protocolo de derivación de pacientes, coordinarnos en el seguimiento de los pacientes al alta después de una descompensación cardíaca, es importante que Atención Primaria se implique en el seguimiento precoz. Nuestro plan es dedicar un tiempo en ir a cada centro de Salud para establecer una vía de comunicación y colaboración en el tratamiento de estos pacientes.
 - Desarrollar una consulta de Cardio-oncología, para seguimiento y tratamiento precoz de pacientes con cardiotoxicidad

REINGRESOS POR EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

1. Se ha diseñado un formulario para la recogida de información sobre los pacientes "caso". Se han recogido datos demográficos y de comorbilidad de 15 pacientes con más de 2 ingresos por EPOC (10 hombres -66,7%, edad media 73,5 años), desde enero de 2019 hasta octubre de 2019, en el servicio de neumología del HRV (tabla 2). Como puede apreciarse los pacientes reingresadores son aquellos que presentan insuficiencia respiratoria crónica, en tratamiento con oxígeno domiciliario. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas son hipertensión arterial, bronquiectasias con infección bronquial crónica, dislipemia, cardiopatía isquémica revascularizada y diabetes mellitus. Un tercio de los pacientes eran fumadores activos. 13 de 15 vivían en su domicilio con apoyo familiar y todos estaban polimedificados.
3. En una fase posterior, se analizarán las variaciones entre episodios iniciales y de reingreso de los niveles de gravedad y mortalidad y comorbilidades, al igual que la polifarmacia. Este apartado queda estudiado con los resultados obtenidos en el servicio de neumología del HRV.
4. Diseño de una vía clínica para el paciente con EPOC agudizada desde Urgencias hasta el alta hospitalaria, que incluye los siguientes puntos:
 - 1) Atención en urgencias
 - 2) Criterios de ingreso
 - 3) Criterios de tratamiento ambulatorio
 - 4) Continuidad asistencial

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ANEXO 1: Actividad en la consulta monográfica de Insuficiencia cardiaca.

Importancia de la existencia de la consulta de IC

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad e involucra a todos los niveles del sistema asistencial; en los últimos años se han puesto en marcha las unidades multidisciplinares de IC que han conseguido demostrar reducciones en los reingresos hospitalarios, en la mortalidad y por ende un menor coste sanitario. Como resultado de esto, las guías actuales de manejo de IC recomiendan su puesta en marcha con un nivel de evidencia IA.

En nuestro Hospital de momento no se dispone de una unidad multidisciplinaria de IC estructurada, sin embargo como un primer escalón en la formación de esta unidad, en el servicio de Cardiología hemos iniciado una consulta específica de IC que funciona de 2 a 3 días a la semana.

Servicios prestados en la consulta monográfica de IC

La consulta de IC está dirigida para la atención de pacientes con diagnóstico de IC tanto con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (FEVI) como preservada.

En esta consulta se realiza un seguimiento estrecho de los pacientes con IC que así lo ameritan por su situación basal, así mismo se realiza educación de los pacientes y familiares en el autocuidado de la enfermedad y se intenta optimizar al máximo el tratamiento médico con la titulación a dosis plenas de los fármacos modificadores de la enfermedad.

Se planifican también esquemas de tratamiento intravenoso periódico en el hospital de día a los pacientes que así lo requieran. Para esto utilizamos las instalaciones del hospital de día ya existente en la planta 3º de Medicina Interna. En los casos seleccionados que se precisen terapias avanzadas con dispositivos (desfibrilador implantable, terapia de resincronización cardiaca), se decide su indicación conjuntamente con la unidad de arritmias del servicio de Cardiología. En los casos que sea necesario se remiten los pacientes a la Unidad de IC y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la consulta de IC se realiza inicialmente una evaluación integral y presencial de cada paciente referido. Puesto que por el volumen de pacientes con esta patología no sería posible seguir a todos, según las características individuales y necesidades de cada uno se continuará el seguimiento en la consulta de IC o tras la valoración se derivará con recomendaciones específicas a la consulta pertinente. Siempre que sea necesario el paciente puede ser referido para una nueva valoración en la consulta de IC. 1

Actividad en la consulta de IC en el periodo entre febrero y septiembre de 2019

La consulta de IC con actividad continua 2-3 días a la semana se ha desarrollado desde febrero de 2019. A continuación indicamos el número de pacientes vistos en esta consulta así como algunos datos de la actividad realizada.

Número total de pacientes vistos en la consulta de IC.

-Desde el 01 de febrero de 2019 hasta el 30 de septiembre de 2019 se han visto un total de 170 pacientes con diagnóstico de IC.

Derivaciones al Hospital Universitario Miguel Servet.

-Se han derivado 9 pacientes para implante de dispositivos avanzados en IC. Implante de DAI-TRC.

-Se han derivado 2 pacientes para implante de prótesis aórtica percutánea.

-Se han derivado 2 pacientes para implante de dispositivo Mitraclip.

-Se han derivado 3 pacientes para seguimiento en la unidad de IC avanzada y trasplante cardiaco.

El seguimiento de estos pacientes en una consulta específica ha permitido una comunicación fácil y fluida con las distintas unidades de referencias del servicio de Cardiología del HUMS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Pacientes con protocolo de tratamiento intravenoso en hospital de día.
-Aunque estos datos son variables porque los pacientes pueden entrar o salir de estos protocolos según su situación clínica, en la actualidad tenemos a 8 pacientes que siguen protocolos periódicos de tratamiento en el hospital de día.

Estimación de reingresos por IC

-El seguimiento estrecho de los pacientes en esta consulta nos ha permitido obtener una baja tasa de reingresos por IC, teniendo en cuenta los pacientes vistos en una primera consulta a partir de febrero de 2019, solo 10 pacientes han tenido necesidad de reingresos hospitalarios por IC, suponiendo esto aproximadamente un 6% del total de pacientes vistos en la consulta.

Altas de la consulta de IC

-Los pacientes con buena situación clínica tras un seguimiento en consulta de al menos 6 meses y que cumplan criterios de alta de la consulta de IC se derivan a distintas consultas según el perfil de cada paciente (cardiología general, medicina interna, atención primaria). Desde febrero de 2019 se han dado de alta 15 pacientes.

Protocolos

Hemos realizado varios protocolos para un adecuado trabajo en nuestra consulta de IC:

- Protocolo de derivación desde primaria con sospecha de IC.
- Protocolo de derivación a nuestra consulta monográfica de IC
- Protocolo de derivación a consulta de IC avanzada del HUMS.
- Protocolo de indicación de DAI y DAI-TRC en pacientes con IC.
- Protocolo del manejo de la resistencia al tratamiento diurético en IC.

Todos los protocolos se han desarrollado conjuntamente con el grupo de mejora de la calidad de atención del IC. Tenemos pendiente presentar estos protocolos a la comisión de Formación para que puedan estar disponibles para todo el Sector.

Conclusión

-Mantener la consulta de IC nos permitiría atender cada vez a más pacientes con esta patología y poder proporcionarles así un manejo óptimo, esto permitiría sin ninguna duda disminuir su mortalidad y morbilidad así como los altos costes que suponen los reingresos por esta causa. Es también un importante vínculo de comunicación fluida con la unidad de IC avanzada de referencia para la comunidad autónoma que permite optimizar el manejo integral de los pacientes con IC.

ANEXO 2: Protocolo de derivación de pacientes de nuestro centro a la Unidad de insuficiencia cardiaca avanzada y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

Introducción

-Existen situaciones en las que los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia cardiaca necesitan la valoración y/o seguimiento por una unidad de insuficiencia cardiaca (UIC) avanzada, ya sea por si en un momento dado pudieran ser subsidiarios de dispositivos cardiacos avanzados y trasplante cardiaco, o también en casos que precisaran esquemas de tratamientos que no se disponen en nuestro centro en la actualidad.

-Los pacientes que por su situación basal sean subsidiarios de valoración y seguimiento en la UIC de referencia deben ser remitidos en primer lugar a la consulta específica de IC de nuestro centro, tras la valoración en esta consulta serán referidos a la unidad de IC avanzada y trasplante del Hospital Miguel Servet.

-En el anexo 1 se indican algunas características que nos ayudan a identificar los pacientes que se deben remitir a la UIC avanzada de referencia,

A continuación se indican los criterios de derivación a la unidad de UIC avanzada de referencia.

- Pacientes con diagnóstico de ICC que se sean candidatos a trasplante cardiaco, en general < 70 años.
- ICC con estudio etiológico completo, con mala CF pese a tratamiento médico optimizado y que sean candidatos a seguimiento estrecho y tratamiento en ciclos en un Hospital de día de IC.
- Miocardiopatía dilatada isquémica con función sistólica VI severamente deprimida pese a revascularización o cualquier tipo de miocardiopatía (MCD no isquémica, MCH, MCR, DAVD) con síntomas de IC o marcadores de mal pronóstico (IRC, HTP, elevación progresiva de péptidos natriuréticos, arritmias ventriculares). Siempre que sean subsidiarios de trasplante cardiaco o dispositivos avanzados.
- Pacientes con valvulopatías severas e hipertensión pulmonar significativa persistente (estudiada con cateterismo cardiaco derecho) que sean candidatos a cirugía, para valorar protocolo de HTP previo a la intervención.

También indicamos los criterios de exclusión para derivar los pacientes a la UIC avanzada:

- Pacientes con importante comorbilidad que supongan un mayor riesgo de mortalidad por las mismas que por la IC.
- Entorno sociofamiliar deteriorado.
- Incapacidad mental para el cumplimiento de la educación sanitaria
- Falta de cumplimiento terapéutico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

-La comunicación se puede hacer por llamada directa al Hospital de Día de Insuficiencia cardiaca del HUMS (extensión 114501).

-El objetivo de la derivación a la unidad de IC avanzada sería tener una primera valoración a partir de la cual el paciente tenga su seguimiento en esta unidad si así lo amerita o sea remitido nuevamente a nuestro centro para seguimiento en la consulta de IC o Cardiología general según cada caso.

Los pacientes con IC avanzada que se deben derivar a la UIC avanzada de referencia pueden tener alguna de las siguientes características que nos orienten a su identificación:

- Síntomas de IC severos y persistentes con clase funcional (CF) NYHA III-IV.
- Disfunción miocárdica severa definida como: FEVI < 30%, disfunción aislada de ventrículo derecho, valvulopatía severa con dudas de ser subsidiaria de cirugía o con hipertensión pulmonar severa.
- Elevación persistente de péptidos natriuréticos con datos de disfunción diastólica significativa o alteraciones estructurales acordes a la definición de IC con FEVI preservada.
- Episodios de edema agudo de pulmón que hayan precisado tratamiento diurético intensivo, episodios de bajo gasto cardiaco que hayan necesitado tratamiento inotrope o ingresos con arritmias malignas. En general mas de 1 episodio en el último año.
- Pacientes que sean candidatos a implante de un desfibrilador automático implantable (DAI) o terapia de resincronización cardiaca (TRC).
- Disfunción orgánica extracardiaca secundaria a IC (hepatopatía, caquexia cardiaca, insuficiencia renal).
- Ausencia de comorbilidad importante que por si misma contraindique terapias invasivas avanzadas.

También podemos definir distintos criterios que nos deben alertar para referir a un paciente a la unidad de IC avanzada.

Criterios clínicos:

- Más de 1 ingreso por IC en el último año.
- CF NYHA III.
- Intolerancia a dosis óptimas de los fármacos modificadores de la enfermedad
- Necesidad de dosis incrementales de diuréticos.
- Caquexia, pérdida de peso no intencionada.
- Tensión arterial sistólica < 90 mmHg.
- Falta de respuesta a TRC.

Criterios analíticos

- Filtrado glomerular < 45ml/minuto.
- Potasio >5.2 o <3.5 mEq/L, hiponatremia (de forma persistente)
- Anemia
- NT proBNP basal > 1000 pg/ml o equivalentes.
- Hipoalbuminemia.
- Elevación de enzimas hepáticas.

Criterios de imagen

- FEVI <30%
- Áreas extensas de agnesia, disquinesia o aneurisma.
- Insuficiencia mitral moderada-severa.
- Disfunción de ventrículo derecho.
- Presión pulmonar sistólica > 50 mmHg.
- Insuficiencia tricúspide moderada-severa

ANEXO 3: Protocolo de derivación de pacientes con sospecha de Insuficiencia cardiaca desde atención primaria

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad y su diagnóstico y tratamiento temprano mejoran el pronóstico de los pacientes. A continuación se indica la ruta asistencial cuando la sospecha diagnóstica se inicia desde atención primaria (AP).

-Paciente con sospecha clínica de IC por su médico de AP, se deben valorar los siguientes datos:

Buscar al menos uno de los siguientes criterios clínicos:

- Antecedentes de enfermedad cardiaca: IAM, cardiopatía isquémica crónica.
- HTA.
- Exposición a fármacos cardiotoxicos/radioterapia.
- Uso previo de diuréticos
- Ortopnea y disnea paroxística nocturna.

Buscar al menos uno de los siguientes datos a la exploración física:

- Estertores crepitantes, edema maleolar bilateral, soplo cardiaco, dilatación venosa yugular, latido de la punta con desplazamiento lateral.

Buscar signos en pruebas complementarias:

- ECG: cualquier anomalía.
- Rx. Tórax: cardiomegalia, signos de congestión pulmonar, redistribución vascular.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

En caso de que esté presenta al menos uno de estos signos se deberán solicitar niveles de BNP o NT-ProBNP:

En caso que los niveles de BNP sean > 35 pg/ml o NT-ProBNP> 125 pg/dl se realizará interconsulta electrónica a Cardiología y el paciente será citado en consulta de alta resolución en la que se realizará un ecocardiograma en el mismo acto.

Si los niveles son negativos se deberán buscar otras causas que expliquen los síntomas del paciente.

Si tanto la anamnesis como la exploración física y el ecocardiograma confirman la sospecha de IC, el/la paciente puede seguir las siguientes rutas:

-Paciente con disfunción sistólica VI en el ecocardiograma o en casos con FEVI preservada y presencia de valvulopatía significativa o sospecha de miocardiopatía primaria, el paciente se citará para continuar estudio en las consultas de Cardiología.

-Pacientes con sospecha de IC con FEVI preservada, descompensación actual por IC y comorbilidad importante se citarán para en consultas de Cardiología o Medicina Interna.

-Pacientes con sospecha de IC con FEVI preservada y estabilidad clínica se podrán remitir tras recomendaciones de ajuste del tratamiento para seguimiento en Atención primaria.

-En caso de que la exploración física y el ecocardiograma descarten la sospecha de IC el/la paciente se remitirán a Atención primaria para continuar estudio de su cuadro clínico.

ANEXO 4: Formulario de recogida de datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La tasa de reingresos por Insuficiencia cardiaca se ha reducido de un 18,9% a un 12,9%.

La tasas de reingresos por EPOC ha descendido de un 12,2% a un 11.23%

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1077 ===== ***

Nº de registro: 1077

Título
GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Autores:
JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN, ALIACAR MUÑOZ MARTA, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, FERRANDO VELA JUAN, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, JIMENEZ SAENZ JUANA, RAMOS D'ANGELO FERNANDO, SAURA HERNANDEZ SONIA

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: INSUFICIENCIA CARDICA, EPOC
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El envejecimiento de la población en España y en toda Europa ha hecho crecer la demanda de servicios sanitarios y sociales por parte de pacientes pluripatológicos que presentan enfermedades crónicas y alta comorbilidad. Uno de los indicadores en los que se refleja este mayor consumo de recursos es el ingreso hospitalario. La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria habitualmente utilizado. El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos. Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta. Existe una gran variedad de intervenciones para disminuir el riesgo de reingresos. En general, las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial, parecen ser las actividades más efectivas. .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Nuestra intervención se hará en la insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) por ser los dos procesos con mayor número de reingresos por causa médica en nuestro Sector. La tasa de reingreso puede identificar problemas de la calidad asistencial y posibilidades de mejora en estos dos procesos. Los servicios que participarán en el proyecto serán los que atienden a dichos procesos en el Sector. Los Servicios implicados en el proyecto serán Cardiología, Geriátrica, Medicina Interna y Neumología.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Confirmar los procesos con reingresos más frecuentes en los servicios médicos de los dos hospitales del Sector Zaragoza I.
- 2-Identificar los factores predictivos de los reingresos hospitalarios.
- 3-Proponer intervenciones efectivas para reducir el riesgo o número de reingresos hospitalarios.
- 4- Monitorizar los reingresos en los procesos definidos tanto por Servicio como por Sector.
- 5- Reducir la tasa de reingresos respecto a si mismos.

MÉTODO

- 1-Análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso.
- 2-Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.
- 3-Propuesta de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducción de reingresos en aquellas patologías más frecuentes.
- 4-Valorar el efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos.

INDICADORES

Según la evidencia disponible, podrían ser factores de riesgo del reingreso hospitalario los siguientes:

- 1-La morbilidad y comorbilidad.
 - 2- Numero de ingresos hospitalarios previos.
 - 3-La duración de la estancia hospitalaria.
 - 4- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)
 - 5- La capacidad funcional: limitación en las actividades de la vida diaria era un factor predictivo del reingreso hospitalario.
- Estos factores permitirán clasificar a los pacientes con mayor riesgo de reingreso, realizándose la actuación en estos pacientes.
- Los indicadores del proyecto serán la Tasa de reingreso antes y después de las intervenciones en el global de pacientes del Sector con insuficiencia cardiaca y EPOC, y de forma individualizada en cada Servicio.

DURACIÓN

- Mayo 2018- Presentación de la metodología de trabajo a los Servicios implicados.
Julio 2018-Resultados de tasa de reingresos antes de las intervenciones.
Septiembre 2018-Intervenciones generales y específicas por Servicios.
Marzo 2019-Resultado de tasa de reingresos después de las intervenciones.
Abril 2019-Comunicación de resultados a los Servicios implicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1347

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE DOMINGUEZ SANTAREN
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H NTRA SRA DE GRACIA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PORRAS RODRIGO MARIA
PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA
NAVARRO TEJERO BARBARA
LOPEZ RIVERA ELENA
MARCE NAVAS ANA CRISTINA
RODRIGUEZ ALAVA ALICIA
RUBIO CASALO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Creación de un grupo de trabajo con integrantes de antigua y reciente incorporación: el grupo se creó en junio de 2018 y se hizo el reparto de los servicios para la elaboración de los distintos documentos.

2.1. Elaboración de un documento con las particularidades y puntos importantes de cada servicio: esta actividad se realiza entre junio y noviembre de 2018.

2.2. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio, para su visto bueno: esta actividad se realiza a lo largo de diciembre de 2018, aunque quedan servicios sin revisar.

2.3. y 2.4 Determinación de indicadores para valorar la mejora tras la implantación del proyecto y elaboración del cuestionario de satisfacción: se realizaron finalmente en junio de 2018 tras la reunión de equipo.

3. Implantación del manual de acogida en la plataforma adecuada: en diciembre de 2018 se crea la carpeta MANUAL, en una cuenta de Dropbox accesible para lectura a todo el personal de pool, con los documentos de los servicios que han sido revisados por las distintas supervisiones.

4. Medición de los indicadores: en enero de 2019 se miden y se evalúan los indicadores.

5. Comunicación de los resultados con el equipo: se realizan actualizaciones del proyecto de forma continuada en un grupo telefónico. En enero, tras la medición de los indicadores, se comunican los resultados al equipo y la próxima presentación de la memoria.

6. Búsqueda de mejoras y actualización del manual: es un proyecto vivo que puede actualizarse día a día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se considerará resultado correcto una cobertura documental de los servicios superior al 80%. Se ha cubierto este indicador faltando de revisar 2 servicios de los 13 propuestos.

2. Pilotaje del Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:

- Resolutividad
- Sentimiento de Competencia
- Disminución de la ansiedad

Se entrega el cuestionario de satisfacción a las 4 personas que se han incorporado en noviembre. Se muestran bastante satisfechas en estos tres puntos y tienen una excelente opinión sobre el manual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de los documentos ha sido rápida y se ha dado una gran implicación por parte de todo el equipo. La revisión de estos por parte de las distintas supervisiones se ha realizado de forma escalonada y ha facilitado la concreción de las actividades que se realizan en algunos servicios. Ahora se ha facilitado para estos como fondo documental.

Tanto dirección como las supervisiones se han implicado en el proyecto y están ilusionados con su consecución. Este proyecto pretende hacerse accesible para el resto del personal del hospital.

También sería interesante crear una aplicación que permita revisar los documentos y otras utilidades como incluir la rueda de trabajo o facilitar los cambios.

Igualmente interesante sería crear un libro, aun en formato digital, para entregar al personal a su llegada al hospital.

7. OBSERVACIONES.

Al finalizar el resto de servicios, ¿habría que abrir actualizaciones de este nuevo proyecto, o al ser una continuación que puede incluirse en los proyectos posteriores, con otros coordinadores, no sería necesario?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1347

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1347 ===== ***

Nº de registro: 1347

Título
CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Autores:
DOMINGUEZ SANTAREN MARIA JOSE, PORRAS RODRIGO MARIA, PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA, NAVARRO TEJERO BARBARA, LOPEZ RIVERA ELENA, MARCEN NAVAS ANA CRISTINA, RODRIGUEZ ALAVA ALICIA, RUBIO CASALO MARIA PILAR

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: SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) dispone de una Unidad de corretornos de enfermería, que sustituye o refuerza determinados servicios siendo cambiantes los turnos las ubicaciones y las competencias. Por ello precisan de unos conocimientos muy amplios sobre ubicaciones, funcionamiento, recursos y aparataje.

El hospital ha presentado recientemente un Manual de Procedimientos, que queremos complementar con la creación de un documento específico que ayude al personal de nueva incorporación a ubicarse y conocer el Hospital, así como determinadas características de cada Servicio que faciliten los primeros turnos, disminuyan su ansiedad y den seguridad a los usuarios.

La acogida del personal se realiza por la Supervisora de la Unidad y son los propios integrantes de la Unidad quienes, a través de la inclusión en un grupo de chat telefónico y el préstamo de notas personales, asumen la formación de las nuevas incorporaciones al hacerse de forma progresiva y poco numerosa.

En el análisis de la situación participó de forma cooperativa toda la Unidad de Corretornos a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo. Se detectó la consecuencia "Falta de Competencia del Personal de Corretornos" analizando la estructura, la organización del trabajo y la evaluación de la competencia (Conocimientos + Habilidades personales + Actitud del personal) y se seleccionaron las áreas y las estrategias a abordar.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un manual de Acogida que proporcione la suficiente información sobre el hospital y los servicios al personal de nueva incorporación a la Unidad de corretornos del HNSG. De esta manera creemos que se incidirá muy positivamente en la mejora de la resolutivez, el sentimiento de competencia y la reducción de la ansiedad en el personal de nueva incorporación al servicio, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial del paciente.

MÉTODO

1. Creación de un grupo de trabajo con integrantes de antigua y reciente incorporación.
- 2.1. Elaboración de un documento con las particularidades y puntos importantes de cada servicio.
- 2.2. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio, para su visto bueno. Presentar el documento a la Dirección para su aprobación definitiva.
- 2.3. Determinación de indicadores para valorar la mejora tras la implantación del proyecto.
- 2.4. Elaboración del cuestionario de satisfacción.
3. Implantación del manual de acogida en la plataforma adecuada.
4. Medición de los indicadores.
5. Comunicación de los resultados con el equipo.
6. Búsqueda de mejoras y actualización del manual.

INDICADORES

Estimamos oportuna la monitorización de la edición y corrección grupal de los escritos sobre los distintos servicios y la satisfacción del personal de nueva incorporación:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1347

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

1. Se considerará resultado correcto una cobertura documental de los servicios superior al 80%
2. Pilotaje del Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de corretornos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
 - Resolutividad
 - Sentimiento de Competencia
 - Disminución de la ansiedad

El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de estos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN

Es nuestra intención llevar a cabo este proyecto de mejora en un plazo máximo de tres meses. El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:

1. Creación del grupo de trabajo. (Junio 2018).
2. Elaboración del manual. (Junio - Noviembre 2018)
3. Determinación de indicadores para la valoración. (Diciembre 2018)
4. Aprobación del documento final. (Diciembre 2018)
4. Implantación del documento en la plataforma adecuada. (Diciembre 2018)
5. Comunicación de los resultados con el equipo. (Enero 2019)
6. Búsqueda de mejoras. (Enero 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1348

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE NATALIA COMABELLA CALLIZO
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H NTRA SRA DE GRACIA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARQUINA IBAÑEZ ELENA
LATORRE BARTOLO SILVIA
ANDRES GARCIA MARTA
MARTIN SERRANO RAQUEL
VAZQUEZ ESCOLANO CRISTINA
GUARINOS RUBIO MARINA
FLETA GALVEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de un grupo de trabajo con integrantes de antigua y reciente incorporación: el grupo se creó en junio de 2018.
 - Elaboración de una ficha del personal actual y el de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales: se realizó en octubre de 2018.
 - Programación de turnos de rotación obligatoria en servicios especiales como Quirófono, UCI, Urgencias, Unidad de Trastornos de la Personalidad y Farmacia: a lo largo de noviembre y diciembre de 2018, por parte de la supervisora, se programan las rotaciones de las cuatro personas que se han incorporado al servicio.
 - Selección de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación indispensables: en junio de 2018 se hizo el reparto de los temas para la elaboración de los distintos videos formativos.
 - Implantación de las fichas, las rotaciones y la formación: en noviembre de 2018 se repartieron las fichas a los nuevos integrantes del servicio de corretornos y la supervisora se encargó de realizar las oportunas rotaciones. En diciembre de 2018 se crea la carpeta COMPETENCIAS, en una cuenta de Dropbox accesible para lectura a todo el personal de pool, con los guiones de los videos formativos que han sido revisados por las distintas supervisiones o médicos del servicio. Posteriormente se realiza una presentación de diapositivas de cada uno de ellos. Debido a la magnitud del proyecto y a la posibilidad de realizar videos de mayor calidad a la esperada, se alarga la duración prevista del proyecto.
 - Medición de los indicadores: en enero de 2019 se evalúa la cobertura y la satisfacción con las rotaciones. La cobertura y satisfacción de los videos formativos se realizará en junio de 2019.
 - Comunicación de los resultados con el equipo: se realizan actualizaciones del proyecto de forma continuada en un grupo telefónico. En enero, tras la medición de los indicadores, se comunican los resultados al equipo y la presentación de la memoria.
 - Búsqueda de mejoras y actualización del proyecto: gracias a la posibilidad de realizar videos de mayor calidad a la esperada se amplía el proyecto otros seis meses.
 - Durante diciembre y enero se realiza la grabación, en gran calidad, de todos los videos formativos seleccionados. Y posteriormente se tienen que editar los videos y alojarlos en la plataforma correcta para los mismos. En abril de 2019 se finalizará el proceso y el personal tendrá acceso a la video formación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Cobertura de las rotaciones obligatorias. Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80%.
% del personal de nueva incorporación a la Unidad de corretornos que ha completado sus turnos de rotación obligatoria /Total Nuevas incorporaciones
Cobertura del 100% de las rotaciones gracias a la colaboración de la supervisora y del resto del personal de corretornos.
- Cobertura formación en competencias: Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80%
% del personal de nueva incorporación Unidad de corretornos con formación en competencias /Total Nuevas incorporaciones.
Este indicador se valorará cuando finalice la elaboración de los videos y se presenten al personal.
- Pilotaje del Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de corretornos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
 - Resolutividad
 - Sentimiento de Competencia
 - Disminución de la ansiedadSe entrega el cuestionario de satisfacción a las 4 personas que se han incorporado en noviembre. Se les indica que solo contesten a la parte correspondiente a la rotación por los servicios especiales y no a los videos formativos. Se muestran bastante satisfechas en estos tres puntos y tienen una excelente opinión sobre la rotación.
- Durante diciembre y enero se realiza la grabación, en gran calidad, de todos los videos formativos seleccionados. Y posteriormente se tienen que editar los videos y alojarlos en la plataforma correcta para los mismos. En abril de 2019 se finalizará el proceso y el personal tendrá acceso a los videos formativos.
- Se graban los videos de los 10 bloques de necesidades de formación detectadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1348

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La guionización de los videos formativos ha sido rápida y se ha dado una gran implicación por parte de todo el equipo. La revisión de estos por parte de las distintas supervisiones y/o médicos se ha realizado de forma escalonada.

La grabación de los mismos ha sido bastante elaborada por lo que el tiempo calculado en un principio no ha sido el adecuado.

Tanto dirección como las supervisiones se han implicado en el proyecto y están ilusionados con su consecución.

Este proyecto pretende hacerse accesible para el resto del personal del hospital.

También sería interesante crear una aplicación que permita el acceso a los videos formativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1348 ===== ***

Nº de registro: 1348

Título
EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Autores:
COMABELLA CALLIZO NATALIA, MARQUINA IBAÑEZ ELENA, LATORRE BARTOLO SILVIA, ANDRES GARCIA MARTA, MARTIN SERRANO RAQUEL, VAZQUEZ ESCOLANO CRISTINA, GUARINOS RUBIO MARINA, FLETA GALVEZ SARA

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: SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) dispone de una Unidad de corretornos de enfermería, que sustituye o refuerza determinados servicios siendo cambiantes los turnos las ubicaciones y las competencias. Por ello precisan de unos conocimientos muy amplios sobre ubicaciones, funcionamiento, recursos y aparataje.

La acogida del personal se realiza por la Supervisora de la Unidad. Son los propios integrantes de la Unidad quienes, a través de la inclusión en un grupo de chat telefónico y el préstamo de notas personales, asumen la formación de las nuevas incorporaciones al hacerse de forma progresiva y poco numerosa.

En el análisis de la situación participó de forma cooperativa toda la Unidad de Corretornos a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo. Se detectó la necesidad de complementar la formación del personal con la adquisición de determinadas competencias enfermeras relativas a la Dimensión Técnica: habilidades y destrezas manuales (ejecución técnica) y mentales (organización y gestión del tiempo y los recursos).

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar la suficiente información sobre los procedimientos y competencias que más inseguridad producen al personal antiguo y al de nueva incorporación de la Unidad de corretornos del HNSG.

Así se incidiría muy positivamente en la mejora de la resoluntividad, el sentimiento de competencia y la reducción de la ansiedad en el personal de nueva incorporación al servicio, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial del paciente.

MÉTODO

1. Creación del grupo de trabajo.

2.1 Elaboración de una Ficha del personal actual y el de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales.

2.2. Programación de turnos de rotación obligatoria en servicios especiales como Quirófano, UCI, Urgencias,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1348

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Unidad de Trastornos de la Personalidad y Farmacia.

- 2.3. Selección de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación indispensables.
3. Implantación de las fichas, las rotaciones y la formación.
4. Medición de los indicadores.
5. Comunicación de los resultados con el equipo.
6. Búsqueda de mejoras y revisión de las necesidades de formación.

INDICADORES

Estimamos oportuno monitorizar la cobertura de los servicios de mejora ofertados así como la satisfacción del personal.

1. Cobertura de las rotaciones obligatorias. Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80% del personal de nueva incorporación a la Unidad de correturnos que ha completado sus turnos de rotación obligatoria /Total Nuevas incorporaciones
2. Cobertura formación en competencias: Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80% del personal de nueva incorporación Unidad de correturnos con formación en competencias /Total Nuevas incorporaciones

3. Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:

- Resolutividad
- Sentimiento de Competencia
- Disminución de la ansiedad

Será la supervisora de la Unidad de correturnos la encargada de completar, actualizar las fichas personales y entregar los cuestionarios de satisfacción.

El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de estos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN

Es nuestra intención llevar a cabo este proyecto de mejora en un plazo máximo de tres meses desde la aprobación de la gerencia del HNSG.

El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:

1. Creación de un grupo de trabajo: Integrantes de antigua y reciente incorporación para la selección de los procedimientos o competencias más conflictivos en la actualidad. Elaboración del modelo de ficha de recogida de datos (Junio 2018).
2. Cumplimentación de la ficha del personal de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales y programación de los turnos de rotación obligatoria en servicios especiales por parte de la supervisora. (Octubre 2018)
3. Programación y realización de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación. (Octubre - Diciembre 2018)
4. Medición de los indicadores. (Diciembre 2018)
5. Comunicación de los resultados con el equipo. (Enero 2019)
6. Búsqueda de mejoras. (Enero 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0317

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA BOROBIÓ TOMAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PASCUAL PUEYO ANA
PAUL FUMANAL ANA
VIU SOTERAS MARIA JESUS
HERNANDEZ FLETA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Recopilar manuales de actividades de otras unidades y hospitales para comparar y completar el ya existente en nuestra unidad.
Levar a cabo reuniones de los miembros de este grupo para la puesta en común de ideas para actualizar el manual existente en la unidad. Se realizaron dos reuniones; una para definir las tareas del personal de enfermería y otra para el personal auxiliar de enfermería.
Reunión con la supervisora del servicio para comentar y discutir actualizaciones realizadas.
Reunión con todo el personal de la unidad para dar a conocer las actualizaciones del manual así como escuchar y llegar a acuerdos sobre cambios y modificaciones.
Actualización del manual de actividades realizadas en el servicio de Medicina Interna e implementación en la unidad.
Entregar una copia del nuevo cronograma de tareas a todos los miembros incluidos personal veterano de la unidad, de nueva incorporación, pool y personal de cirugía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El nuevo cronograma de tareas se presentó al 100% del personal veterano de la unidad para dar a conocer la actualización.
El cronograma de tareas actualizado se proporcionó al 100% del personal de nueva incorporación.
Se realizó un encuesta al personal de nueva incorporación y el 100% consideraba útil esta herramienta para su trabajo.
El cronograma de tareas actualizado se dejó a disposición del personal de cirugía y pool para su consulta.
Se dejó una copia impresa en el control de enfermería a disposición del personal en caso de dudas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se demuestra la utilidad de proporcionar un cronograma al personal de nueva incorporación, porque mejora la formación y disminuyen los errores, facilitando el trabajo del mismo al incorporarse en la unidad.
Se ve la utilidad de tener una copia en el control de la unidad para su consulta en cualquier momento por parte de todo el personal.
Facilita y orienta el trabajo en periodos de unión con el personal de cirugía.
Puesta en común en una reunión del personal de la planta para revisar puntos conflictivos en caso de que los hubiera

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/317 ===== ***

Nº de registro: 0317

Título
REALIZACION DE MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
BOROBIÓ TOMAS MARTA, PASCUAL PUEYO ANA, PAUL FUMANAL ANA, VIU SOTERAS MARIA JESUS, HERNANDEZ FLETA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0317

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Otro Tipo Patología: MEJORA DE LA PRACTICA ASISTENCIAL. SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
NECESIDAD DETECTADA: Realizar un nuevo manual de actividades del personal sanitario de la unidad de medicina interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia
CAUSAS: Se han ido produciendo pequeños cambios en la organización de tareas de la unidad que no han quedado reflejadas en el manual actual.
Debido a la nueva incorporación de personal se observa que el manual de tareas existente en la actualidad no está actualizado.
Hay ciertas funciones que no están claramente definidas en el manual actual.
En periodo vacaciones (Navidad y verano) se unifican los servicios de medicina interna y cirugía por lo que sería necesario un nuevo manual de tareas y exponerlo al personal de cirugía.
SITUACIÓN DE PARTIDA: Existe actualmente un manual de tareas en los diferentes turnos para el personal sanitario.
IMPORTANCIA/UTILIDAD DEL PROYECTO: Plasmar en un nuevo manual de actividades las tareas a realizar por el personal sanitario en cada turno de trabajo, para mejorar la calidad asistencial de la unidad.
Dar a conocer a todos los profesiones el manual para trabajar todos de la manera mas similar posible.

RESULTADOS ESPERADOS
-Proporcionar el nuevo manual al personal tanto fijo en la unidad como de nueva incorporación, al personal de pool y al de cirugía.
-Mejorar la calidad asistencial en el servicio

MÉTODO
ACCIONES PREVISTAS:
Recopilar manuales de actividades de otras unidades y hospitales para comparar y realizar un nuevo manual de actividades en nuestra unidad.
Reuniones de los miembros de este grupo para la puesta en común de ideas para realizar un nuevo manual de actividades.
Se realizarían dos reuniones; una para definir las tareas del personal de enfermería y otra para el personal auxiliar de enfermería.
Reunión con la supervisora del servicio para comentar y discutir el nuevo manual.
Reunión con todo el personal de la unidad para dar a conocer el nuevo manual así como escuchar y llegar a acuerdos sobre cambios y modificaciones.
CAMBIOS PREVISTOS:
Realizar un nuevo manual de actividades realizadas en el servicio de medicina interna.
Implementación del nuevo manual en la unidad.
PLAN DE COMUNICACIÓN:
Entregar una copia del nuevo manual de tareas a todos los miembros incluidos personal veterano de la unidad, de nueva incorporación, pool y personal de cirugía.
Reunión con todo el personal de la unidad para dar a conocer las actualizaciones del manual así como escuchar y llegar a acuerdos sobre cambios y modificaciones

INDICADORES
El 90% del personal de nueva incorporación deberá recibir el manual de actividades del servicio.
El 100% del personal veterano de la unidad deberá recibir una copia impresa del nuevo manual.

DURACIÓN
Marzo-Junio: Actualización del manual de tareas de la unidad.
Junio-septiembre: Entrega del nuevo manual al personal de la unidad y a los miembros de nueva incorporación, pool y personal de cirugía.
Septiembre-noviembre: Evaluar la entrega y conocimiento por parte del personal de la unidad del nuevo manual. Así como modificar tarea del mismo si fuera necesario.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0317

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0655

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE PAZ ESPERANZA GRACIA LOBERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SILVA SAEZ SARA
REYES MONCLUS PATRICIA
LAFUENTE MORUGA BEGOÑA
FERRER COLERA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

El proyecto se inicia en el mes de Febrero creando un grupo de trabajo multidisciplinar del servicio de Medicina Interna con reuniones semanales en las cuales realizaremos:

- Reparto de tareas
- Revisión de documentación de otros servicios y hospitales
- Puesta en común de la información recogida
- Elaboración del tríptico
- Redacción de encuesta de satisfacción del mismo

CRONOGRAMA DE LAS REUNIONES:

12 FEBRERO 2019: Primera reunión: Creación de grupo de trabajo, reparto de tareas y elaboración de cronograma.

- Dos componentes recogen información externa de otros centros sanitarios.
- Tres componentes realizan valoración y recogida de necesidades del servicio.

MARZO, ABRIL Y MAYO 2019: Elaboración del tríptico

7 Marzo: Puesta en común de la información recogida, datos obtenidos de otros trípticos que hemos consultado, así como de las necesidades que hemos detectado en nuestro servicio, prestando atención a observaciones de miembros ajenos a este grupo de trabajo.

21 Marzo: Esquema del tríptico, decidiendo los apartados a incluir y el orden de los mismos.

9 Abril: Redacción de cada epígrafe o apartado del contenido a incluir en función de los datos obtenidos anteriormente.

30 Abril: Continuación de la realización del documento priorizando la información más relevante.

7-21 Mayo: Búsqueda y clasificación de imágenes para reforzar la información aportada en el documento.

26 Mayo: Finalización de la maquetación y diseño del documento, y elaboración de la encuesta de satisfacción.

4 - 6 Junio 2019: Sesiones explicativas al resto del equipo y entrega del tríptico a los mismos.

SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE 2019: Implantación del plan.

- 15 Septiembre: Comienzo de entrega de trípticos a pacientes y familiares que ingresan en la unidad, y registro de esta entrega.

Realización de encuesta de satisfacción a las 48h.

- 15 Noviembre: Registro de datos obtenidos para su posterior evaluación.

NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2019: Evaluación de los datos recogidos y conclusiones.

Finalización y tratamiento de los indicadores propuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN

- Número de pacientes/familiares a los que entregamos el tríptico del total de número de pacientes ingresados en la unidad en un período de tiempo determinado.
- Número de pacientes/acompañantes que han leído el tríptico del total de número de pacientes que lo han recibido.
- Número de pacientes/ familiares que consideran útil la información en el tríptico del número de pacientes que lo han leído.

Se entregaron 167 encuestas repartidas entre pacientes y familiares, de un total de 183 ingresos. Se recogieron a las 48 h del ingreso.

Leyeron el documento 142 pacientes/ familiares a los que se les entregó.

142 pacientes/ familiares consideraron útil la información.

con estos datos obtenemos las siguientes conclusiones:

El 91,25% de los pacientes/ familiares recibieron el tríptico en el momento del ingreso. De ellos el 85% lo leyeron, y el 100% de los que lo leyeron lo entendieron y encontraron de utilidad.

ENCUESTA DE VALORACIÓN DE TRÍPTICO DE ACOGIDA DE MEDICINA INTERNA

¿ Se le ha entregado el tríptico de información? SI NO

¿ Lo ha leído? SI NO

¿ Lo ha entendido y le ha sido útil? SI NO

¿ Quiere aportar alguna sugerencia u observación?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0655

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A través de la entrega de este tríptico pretendíamos:

1. Acoger al paciente dándole la bienvenida.
2. Reunir información concisa y clara sobre el funcionamiento del servicio.
3. Resaltar los beneficios de que la familia se implique en los cuidados del paciente colaborando en los mismos.
4. Insistir en la importancia de cumplir pautas terapéuticas: levantamientos, rehabilitación, aislamientos...
5. Recordar las normas de convivencia en el servicio: uso del baño, visitas, silencio, respeto...
6. Solventar dudas del paciente y acompañantes y ofrecer nuestra disponibilidad ante cualquier cuestión.
7. Aumentar el grado de satisfacción en la relación paciente y profesional tras el ingreso.

Con la entrega del tríptico hemos conseguido aportar información a casi la totalidad de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna (91.25%), marcándonos el objetivo de llegar al 100%. Nos hemos encontrado con familiares que no saben si lo recibieron, pues no estaban en el momento del ingreso.

Sólo el 85% de los pacientes / familiares que recibieron el documento lo leyeron. Nos planteamos como mejora insistir en la importancia de la información que recoge, dado que todos los que lo leyeron confirmaron la utilidad del mismo.

Hemos detectado la necesidad de implantar un canal de comunicación entre los pacientes / familiares para que nos hagan llegar sugerencias u observaciones al Servicio de Medicina Interna, por lo que nos planteamos abrir una vía en el futuro.

Estamos satisfechas con los resultados obtenidos y el grado de satisfacción de los usuarios, así como con la implicación del personal, siendo conscientes de la necesidad de llegar a la totalidad de los pacientes ingresados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/655 ===== ***

Nº de registro: 0655

Título
PROYECTO DE "PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA"

Autores:
GRACIA LOBERA PAZ ESPERANZA, SILVA SAEZ SARA, REYES MONCLUS PATRICIA, LAFUENTE MORUGA BEGOÑA, FERRER COLERA MARTA

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 pluripatológico.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Medicina Interna del Hospital Ntra. Sra. de Gracia acoge a pacientes con necesidades dispares debido a la gran variedad de patologías que se atienden.

También observamos necesidades diferentes en los pacientes por su diversidad cultural, económica y social.

En el funcionamiento actual del servicio se han detectado algunas carencias como falta de información acerca de horarios, visitas médicas, uso de las instalaciones, normas de convivencia y cuestiones administrativas.

Queremos aprovechar este documento para dar la bienvenida al paciente y tratar de mitigar la incertidumbre ante el proceso en el que se encuentra, la hospitalización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0655

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA AL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

RESULTADOS ESPERADOS

A través de la entrega de este tríptico pretendemos:

1. Acoger al paciente dándole la bienvenida.
2. Reunir información concisa y clara sobre el funcionamiento del servicio.
3. Resaltar los beneficios de que la familia se implique en los cuidados del paciente colaborando en los mismos.
4. Insistir en la importancia de cumplir pautas terapéuticas: levantamientos, rehabilitación, aislamientos...
5. Recordar las normas de convivencia en el servicio: uso del baño, visitas, silencio, respeto...
6. Solventar dudas del paciente y acompañantes y ofrecer nuestra disponibilidad ante cualquier cuestión.
7. Aumentar el grado de satisfacción en la relación paciente y profesional tras el ingreso.

MÉTODO

El proyecto se inicia en el mes de Febrero creando un grupo de trabajo multidisciplinar del servicio de Medicina Interna con reuniones semanales en las cuales realizaremos:

- * Reparto de tareas
- * Revisión de documentación de otros servicios y hospitales
- * Puesta en común de la información recogida
- * Elaboración del tríptico
- * Redacción de encuesta de satisfacción del mismo

INDICADORES

- Número de pacientes/acompañantes a los que entregamos el tríptico del total de número de pacientes ingresados en la unidad en un período de tiempo determinado.
- Evaluaremos el nivel de satisfacción y comprensión del mismo entre todos los que lo recibieron.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Creación del grupo de trabajo, Febrero 2019

Fecha de finalización: Tratamiento de los datos para la obtención de los indicadores propuestos: Diciembre 2019

-Marzo, Abril y Mayo 2019: elaboración del tríptico.

-Junio 2019: exposición del mismo mediante charlas explicativas al resto del equipo.

15 septiembre 2019.: Implantación de entrega del tríptico a todos los pacientes en el ingreso y registro de dicha entrega.

15 Noviembre 2019 a 15 Diciembre 2019: Valoración de trípticos entregados y realización de las encuestas de satisfacción.

OBSERVACIONES

Resaltar la heterogeneidad de pacientes en cuanto a edad, patología y diversidad sociocultural.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0739

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA LATORRE BARTOLO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COMABELLA CALLIZO NATALIA
MARCEN NAVAS ANA CRISTINA
NAVARRO TEJERO BARBARA
PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA
PORRAS RODRIGO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se han realizado una serie de reuniones con los componentes del proyecto donde se definió la estructura que iba a tener la guía y donde se repartieron los servicios de los que se iba a realizar la guía básica. Se tuvo en cuenta aquellos servicios con presencia de enfermería y que son cubiertos por el personal del pool en alguna ocasión.

2. La metodología de trabajo realizada ha sido la utilización de una plataforma virtual donde se ha ido colgando el trabajo realizado por cada componente. Los documentos se iban corrigiendo por el resto del grupo hasta llegar al documento final de manera consensuada.

3. Una vez se daba por finalizado el documento se procedía a darle un mismo formato.

4. Se da por concluido el documento final en octubre de 2019.

5. Tras la finalización de la guía se presentó a nuestra supervisión para que diera difusión al resto de las supervisoras de enfermería y pudieran valorar la parte de la guía que perteneciera a su área de supervisión. Esto se llevo a cabo en octubre de 2019.

6. Una vez llegados a este punto y tras la autorización de la dirección del centro se podrá implantar en la red interna de documentos digitales del hospital para acceso a todo el personal.

7. La medición de los indicadores se realizó en enero de 2020.

8. La valoración de los indicadores se realizó en enero de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se considerará resultado correcto tener documentado un 80% de los servicios.

Se ha cumplido dicho indicador ya que se han incluido en la guía los servicios a los que enfermería, perteneciente al servicio de pool, ha cubierto en alguna ocasión. Puede quedar algún servicio fuera de la guía por no ser habitual nuestra presencia y no tener datos para poder realizar el documento correctamente.

2. Se considerará resultado correcto que el 100% de los supervisores de enfermería conozcan cómo acceder a la guía.

Se considera correcto el indicador habiendo hablado personalmente con varios de los supervisores y entregando a todos ellos una circular informativa para el conocimiento de dicha guía y su actual situación para acceder a la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de esta guía se ha realizado con ilusión por parte de todo el grupo de trabajo ya que se ha visto que es un proyecto de gran utilidad. Nosotros mismos lo consultamos en numerosas ocasiones cuando nos mandan a un servicio en el que hace tiempo que no hemos estado.

Nos hemos encontrado a muchos compañeros que nos han pedido la guía de algún servicio por diferentes motivos y a los cuales se les ha facilitado al estar pendiente de integrar en la red interna del hospital para acceso de todo el personal. También se le ha ofrecido a compañeros de nueva incorporación para que la tuvieran de base para esos primeros días en un servicio nuevo recibiendo agradecimiento por ello al serles práctica.

7. OBSERVACIONES.

El documento se finalizó en octubre de 2019 pero hay que tener en cuenta que los servicios van introduciendo cambios en su manera de trabajar y que sería necesario la revisión de dicho documento para actualizar los cambios que hayan podido surgir de manera que sea un documento vivo y no quede obsoleto con el tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0739

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/739 ===== ***

Nº de registro: 0739

Título
IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Autores:
LATORRE BARTOLO SILVIA, PORRAS RODRIGO MARIA, PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA, NAVARRO TEJERO BARBARA, MARCEN NAVAS ANA CRISTINA, COMABELLA CALLIZO NATALIA

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: Pluripatología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Trabajar en diferentes servicios debido a los procesos de movilidad interna, concursos de traslados, cobertura de bajas, vacaciones o formar parte de la Unidad de Pool... hacen necesaria la creación de una guía básica de los diferentes servicios del hospital, para que el personal de enfermería pueda desenvolverse en los primeros días de trabajo.

Este documento ayudaría a conocer el funcionamiento del hospital y permitiría identificar las características de cada servicio, facilitando los primeros turnos y disminuyendo la ansiedad del trabajador, así como aportando seguridad a los usuarios.

En el análisis de la situación, participó de forma cooperativa el personal de la Unidad de Pool a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar el acceso a una guía básica, que proporcione información sobre los servicios, al personal de enfermería.
- Mejorar la resolutiveidad, el sentimiento de competencia y reducir la ansiedad del personal de nueva incorporación a un servicio nuevo, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial del paciente.
- Favorecer el conocimiento del funcionamiento de los servicios por parte del resto del personal no perteneciente al mismo, de cara a decisiones ante una movilidad interna u otras situaciones.

MÉTODO

1. Creación de un grupo de trabajo.
2. Elaboración de un documento con las particularidades y puntos importantes de cada servicio.
3. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio para su aceptación.
4. Presentar el documento a la Dirección para su aprobación definitiva.
5. Determinación de los indicadores para valorar el proyecto.
6. Implantación de la guía en la plataforma adecuada para su consulta por parte del personal de enfermería del hospital.
7. Creación de una circular con información sobre la guía y posterior entrega a los supervisores para su difusión entre el personal de enfermería.
8. Creación de una encuesta para evaluar indicador del proyecto.
9. Medición de los indicadores.
10. Valoración de los resultados en el grupo de trabajo.

INDICADORES

1. Se considerará resultado correcto tener documentado un 80% de los servicios.
 2. Se considerará resultado correcto que el 100% de los supervisores conozcan cómo acceder a la guía.
- El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de estos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN

Es nuestra intención llevar a cabo este proyecto de mejora en un plazo de unos nueve meses. El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0739

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN SOPORTE DIGITAL DE UNA GUIA BASICA DE TRABAJO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

1. Creación del grupo de trabajo. (marzo 2019).
2. Elaboración de la guía. (marzo a junio 2019).
3. Aprobación del documento final. (julio 2019)
4. Determinación de indicadores para la valoración. (julio 2019)
5. Implantación del documento en la plataforma adecuada. (agosto-septiembre 2019)
6. Creación y entrega de la circular informativa a los supervisores (septiembre 2019)
7. Encuesta a los supervisores. (octubre 2019)
8. Valoración de los resultados en el grupo de trabajo. (noviembre2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0847

1. TÍTULO

SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE INMACULADA PALOMERO DE LOS RIOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO TEJERO BARBARA
FLETA GALVEZ SARA
SANTOLARIA SANCHO LAURA
URCOLA MONREAL ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Todas las actividades se llevan a cabo según el calendario previsto.

- 1.Creamos el grupo de trabajo y realizamos varias reuniones para darle forma al cuadríptico con toda la documentación que teníamos.
- 2.Elaboramos el cuadríptico mediante un programa informático.
- 3.Presentamos el cuadríptico a nuestra supervisora, al resto de supervisoras y a la Dirección del Hospital.
- 4.Elaboramos el cuestionario de satisfacción para entregar junto al cuadríptico.
- 5.Se realiza la medición de los indicadores y la valoración de los resultados según el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.Se considerará resultado correcto una cobertura documental superior al 80%. Este indicador se ha alcanzado ya que el cuadríptico está completo.
- 2.Se considerará resultado correcto que el 100% de las supervisoras conozcan el cuadríptico. Este indicador se ha alcanzado ya que hemos hablado personalmente con todas las supervisoras y se les ha presentado el cuadríptico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de este cuadríptico se ha llevado a cabo con ilusión por parte de todo el grupo de trabajo porque nos parece de gran utilidad para todo el personal de nueva incorporación. En el cuadríptico aparece la distribución del Hospital con los servicios y dependencias más importantes y la ubicación de los carros de parada, lo que sirve para disminuir la ansiedad del personal de nueva incorporación al facilitar la movilidad dentro del mismo. Así mismo, el conocer la ubicación de todos los carros de parada hace que mejore la atención de los pacientes ante una situación de emergencia y, en consecuencia, aumente su seguridad y la calidad asistencial al paciente.

7. OBSERVACIONES.

Hay que tener en cuenta que es un proyecto actualizable ya que en un futuro pueden producirse redistribuciones de los servicios o cambios en la ubicación de los carros de parada. En caso de que esto ocurriera debería actualizarse el cuadríptico.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/847 ===== ***

Nº de registro: 0847

Título
SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA, NAVARRO TEJERO BARBARA, FLETA GALVEZ SARA, SANTOLARIA SANCHO LAURA, URCOLA MONREAL ALEJANDRO

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: Toda patología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0847

1. TÍTULO

SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital Nuestra Señora de Gracia es el más antiguo de Aragón y como tal tiene una distribución interior diferente a otros hospitales más modernos. Además, es habitual que se incorporen nuevos trabajadores, ya sea para cubrir bajas, contrataciones de verano, nuevas interinidades, traslados... Por ello sería de utilidad disponer de un soporte visual, en forma de cuadríptico, que se entregaría al personal de nueva incorporación, sanitario o no sanitario, para orientarlos en esos primeros días. En el cuadríptico se facilita una imagen general de la distribución del hospital (servicios y dependencias más importantes) y la ubicación de los carros de parada, fundamental para mejorar la atención a los pacientes en caso de urgencia. Por ello se resaltaría en el cuadríptico sus ubicaciones. En el análisis de la situación participa de forma cooperativa personal de la Unidad de Corretornos a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo .

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un cuadríptico que proporcione información básica sobre la distribución del hospital y de los diferentes servicios, para el personal de nueva incorporación.
Disminuir la ansiedad del personal que se incorpora a los distintos servicios, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial al paciente.
Mejorar la atención a los pacientes mediante el conocimiento de la ubicación de los carros de parada en casos de urgencia.

MÉTODO

1. Creación de un grupo de trabajo.
2. Elaboración de un cuadríptico para todo el personal .
3. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio para su aceptación.
4. Presentar el documento a la Dirección para su aprobación definitiva.
5. Determinación de indicadores para valorar el proyecto.
6. Implantación del cuadríptico para su utilización por parte del personal de nueva incorporación.
7. Creación de una encuesta para evaluar indicador del soporte visual.
8. Medición de los indicadores.
9. Valoración de los resultados en el grupo de trabajo.

INDICADORES

1. Se considera resultado correcto una cobertura documental superior al 80%.
 2. Se considerará resultado correcto que más de un 100% de los supervisores conozcan el cuadríptico.
- El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de éstos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN

Es nuestra intención llevar a cabo este soporte visual en un plazo máximo de seis meses. El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:

1. Creación del grupo de trabajo. (Marzo 2.019)
2. Elaboración del cuadríptico. (Abril- Junio 2.019)
3. Aprobación del documento final. (Julio 2.019)
4. Determinación de indicadores para la valoración (Julio 2,019)
5. Implantación del documento. (Agosto -Septiembre 2.019)
6. Evaluación de los indicadores.(Septiembre 2.019)
7. Valoración de los resultados en el grupo de trabajo (Octubre 2.019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0847

1. TÍTULO

SOPORTE VISUAL DE AREAS, SERVICIOS, PLANOS, CARROS DE PARADA Y UBICACIONES DE INTERES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0946

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE PEDRO RODRIGUEZ ABAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-

7. OBSERVACIONES.

El proyecto se presentó a la Direccion del Centro que desestimó su desarrollo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/946 ===== ***

Nº de registro: 0946

Título
CONSULTA INFORMATIVA DE ENFERMERIA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Autores:
RODRIGUEZ ABAD PEDRO, ADIEGO SANCHO ANTONIO, GALVE ARGUDO BEATRIZ, TORRES ANDRES MARIA DE LOS ANGELES, CALVO MATA NIEVES, ENRIQUEZ GRACIA MARIA ANGELES, ALONSO LAFON MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anticoncepción
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Ginecología en el HNSG atiende de forma exclusiva la demanda ginecológica del Sector Zaragoza I. La atención en Planificación Familiar (PF) del Sector I recientemente ha sido transferida al HNSG . Este tipo de asistencia sanitaria dependía de Atención Primaria, pasando recientemente a Atención Especializada. No se han facilitado medios personales, ni materiales en esta nueva demanda asistencial.
Recientemente el Servicio abrió unas consultas en horario de tarde para atender la jornada compensatoria por cesar de hacer guardias de dos de los componentes del Servicio (Dr. Pedro Rodríguez y Dr. Antonio Adiego). Al tiempo se centralizaron estas consultas de tarde en consultas de PF debido a que así se nos indicó.
Estas consultas de PF han recogido una fuerte demanda de métodos anticonceptivos de larga duración, como DIUS e Implantes, pero también usuarias que acuden sin gran información para recibir consejo sobre PF. Debido al tiempo limitado de tanto estas consultas especializadas de PF como en el resto ginecológicas, se ha visto la oportunidad de crear una consulta de PF en la que su exclusivo fin sería facilitar información sobre métodos anticonceptivos, su pertinencia, su disponibilidad, la toma de decisiones, valoración de complicaciones, efectos secundarios etc... Proveer información cuando sólo se necesite ésta y no atención médica especializada.
El Servicio de Ginecología en la actualidad dispone de espacio material para acoger una consulta de consejo en PF y personal adecuado para su respaldo. Existe un día semanal (lunes) que hay un espacio de consulta disponible. El Servicio también dispone de enfermería fija adscrita al Servicio, que aunque no disponen de especialización en esta materia, han trabajado en ginecología durante años y por lo tanto tienen mucha experiencia en PF. Se impartirán protocolos de información y actuación en PF.
Este grupo de enfermeras, en concreto cuatro, serían las encargadas de atender la consulta y dar información a las usuarias que lo requieran. Estas pacientes procederán de los volantes de citaciones para PF de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0946

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Médicos de Familia que son valorados en un "triaje" diariamente. También se derivarán de nuestras propias consultas especializadas una vez sea recibida la demanda de PF y se considere que la atención en esta consulta está indicada.

RESULTADOS ESPERADOS

Proveer asesoramiento básico en Planificación Familiar por Enfermería mediante la creación de una consulta de Información en Planificación Familiar. Disminuir la demanda en este tema facilitando acceso a las usuarias a la Planificación Familiar, tanto a la información misma sobre el tema, como la citación hacia la consulta especializada en PF que fuera necesaria.

MÉTODO

Apertura de una Consulta de Enfermería para información y asesoramiento en Planificación Familiar. Se promoverá formación adicional a la enfermería encargada de gestionar la consulta de nueva creación. Impartición de charlas y acceso a información escrita sobre el tema.

INDICADORES

Los indicadores serán el número de consultas abiertas por tiempo y número de usuarias atendidas en las consultas.

DURACIÓN

Esta consulta se pretende implantarse nada más finalizar el mes de agosto. Deberá de ser operativa en la segunda quincena de septiembre y normalizada su actividad al final del año 2018. Puede comenzarse a media jornada inicialmente y ampliarse su duración en función de la demanda.

OBSERVACIONES

Inicialmente atendería la demanda generada en nuestras propias consulta y en función de los resultados podría extenderse su actividad a los Médicos de Atención Primaria para la derivación directa de usuarias.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1416

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA

Fecha de entrada: 02/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SESE SANZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ GONZALEZ CARMEN
HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE
SUÑER SUÑER SILVIA
CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA
BERNAL BECERRA ANA
ZAERA CARCELLER CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDAD 1ª: REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO PARA ELABORAR EL TRÍPTICO
ACTIVIDAD 2ª: REVISIÓN DE GUÍAS Y DOCUMENTACIÓN DE OTROS HOSPITALES
ACTIVIDAD 3ª: ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO
ACTIVIDAD 4ª: DISEÑO DE ENCUESTA DE VALORACIÓN SOBRE EL TRÍPTICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEJORA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES
SEGUIMIENTO DE LA VALORACIÓN DEL TRÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EN PROCESO

7. OBSERVACIONES.

TODAVÍA NO SE HA TERMINADO DE RECOGER LA INFORMACIÓN

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1416 ===== ***

Nº de registro: 1416

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA

Autores:
SESE SANZ MARIA PILAR, PEREZ GONZALEZ CARMEN, HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE, SUÑER SUÑER SILVIA, CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA, BERNAL BECERRA ANA, ZAERA CARCELLER CARMEN

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 QUIRURGICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE LA INFORMACION

Enfoque:
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 TRIPTICO INFORMATIVO, QUE DEFINA LA UNIDAD Y APORTE CONSEJOS GENERALES

RESULTADOS ESPERADOS

-AUMENTAR LA INFORMACION SOBRE EL INGRESO Y PERMANENCIA EN LA UNIDAD TANTO AL PACIENTE COMO A LOS ACOMPAÑANTES
-MEJORAR LA CALIDAD DE ASISTENCIA AL PACIENTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1416

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA

- DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL PROCESO DEL INGRESO AUMENTANDO LA SEGURIDAD Y CONFIANZA
- AUMENTAR LA MOTIVACION E IMPLICACION DE TODO EL EQUIPO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD

MÉTODO

- 1 REUNIONES DEL EQUIPO PARA LA ELBORACION DEL TRIPTICO
- 2 REVISION DE GUIAS Y DOCUMENTACION DE OTROS HOSPITALES
- 3 ELABORACION DEL TRIPTICO
- 4 DISEÑO DE ENCUESTA DE VALORACION SOBRE EL TRIPTICO

INDICADORES

NUMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE ENTREGA EL TRIPTICO Y NUMERO DE PACIENTES SATISFECHOS CON LA INFORMACION

DURACIÓN

- FECHA DE INICIO: SEPTIEMBRE 2018
FECHA DE FINALIZACION: ABRIL 2019
- 1 REUNION DEL EQUIPO EN SEPTIEMBRE DE 2018
 - 2 REVISION DE GUIAS Y DOCUMENTACION DE OTROS HOSPITALES
 - 3 ELABORACION DEL TRIPTICO: ABRIL DE 2019
 - 4 DISEÑO ENCUESTA DE VALORACION: ABRIL DE 2019
 - 5 CHARLA EXPLICATIVA AL RESTO DEL EQUIPO ASISTENCIAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0276

1. TÍTULO

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION BLASCO GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ ABAD PEDRO
GAMBOA HUARTE BEATRIZ
CASALLO MONTECON CONSUELO
GALVE AGUDO BEATRIZ
CORRALES CARDENAL JORGE EDUARDO
MURILLO ERAZO CLAUDIA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019 se han valorado 54 pacientes afectadas de cáncer de mama en un estudio observacional, de las cuales 27 se trataban de pacientes mayores de 75 años. Quince de ellas de 75 a 80 años y doce mayores de 81 años. Fueron valoradas por el servicio de geriatría 20 pacientes del grupo de mayor edad. Todas fueron valoradas a excepción de 2 pacientes que fueron desestimadas para cirugía por empeoramiento de sus patologías cognitivo-neurológicas en los últimos seis meses. En estos dos casos se estableció tratamiento con hormono-terapia y la decisión fue consensuada con la paciente, y en su defecto, sus representantes legales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El total de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama valorado en conjunto con el servicio de geriatría ha sido de 20 pacientes. La edad media de las pacientes 85'60. Moda de la muestra en el índice pronóstico MPI (mortalidad al año) es de 1 (baja mortalidad). De las 20 pacientes valoradas se realizó intervención quirúrgica en 14 de ellas, con un tiempo de demora desde el momento de la valoración hasta la realización de la cirugía con la mediana de 27 días, este dato quiere decir que el 50% se operó en menos de 1 mes desde que fueron valoradas. La mortalidad en el momento en que analizamos los resultados del proyecto de mejora realizado es del 0% a día de hoy.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este estudio pone en manifiesto que la edad elevada al diagnóstico de cáncer de mama no debe de ser excluyente para la cirugía. Al observar que la mortalidad no se ve aumentada. Al tratarse de pacientes pluripatológicas influyen otros procesos en el deterioro funcional y la morbimortalidad. Por lo que tras los resultados obtenidos, hemos introducido un nuevo protocolo en que las pacientes ancianas diagnosticadas de cáncer de mama serán evaluadas posterior al diagnóstico, por una unidad de geriatría para valorar indicación de cirugía, desde un equipo multidisciplinar. Por ello, actualmente contamos con un profesional especializado en geriatría del grupo de trabajo creado que participa en el comité de tumores como experto.

7. OBSERVACIONES.
Dados los resultados obtenidos en este proyecto de calidad, nos anima a seguir trabajando en dicho proyecto, por lo que vamos a realizar una consulta de seguimiento posterior, con un abordaje multidisciplinar coordinado desde los servicios de geriatría y ginecología. Promoviendo un control más estricto en estas pacientes y mejorando así la calidad asistencial.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/276 ===== ***

Nº de registro: 0276

Título
CANCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACION DE TRATAMIENTO QUIRURGICO

Autores:
BLASCO GIMENO MARIA CONCEPCION, RODRIGUEZ ABAD PEDRO, GAMBOA HUARTE BEATRIZ, CASALLO MANTECON CONSUELO, GALVE AGUDO BEATRIZ, CORRALES CARDENAL JORGE EDUARDO, MURILLO ERAZO CLAUDIA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0276

1. TÍTULO

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ANCIANAS, VALORACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La esperanza de vida en Aragón ha aumentado a 83,4 años para la población femenina según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) evidenciando que cada vez va a haber más población anciana que precise de recursos sanitarios en Aragón.

La esperanza de vida depende principalmente de los hábitos saludables de la población y del desarrollo y calidad de su sistema de salud, muy especialmente de la existencia o no de tratamientos preventivos para las enfermedades. Cuantos más años de vida tiene la mujer, mayores posibilidades tiene de padecer un cáncer en general, ya que la edad avanzada es un factor de riesgo para el cáncer porque el recambio celular continuo de las células que se vuelven "viejas" junto con la disminución de la inmunidad progresiva hacen que exista esta predisposición.

Muchas veces nos encontramos en el servicio de ginecología con pacientes de edad avanzada que presentan un bulto en el pecho, a veces descuidado en el tiempo sobre todo en pacientes institucionalizadas que además presentan otras patologías como artritis, hipertensión, insuficiencia cardiaca, alteraciones cognitivas, disminución en la movilidad,...que resulta diagnosticada de cáncer de mama. Es la familia de la paciente o la propia mujer la que rechaza ser intervenida de dicho cáncer.

En la actualidad se sabe que esta población anciana diagnosticada de cáncer de mama muchas veces se muere de este proceso oncológico, por ello nosotros debemos establecer cuando es necesario intervenir quirúrgicamente a estas pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo será tratar quirúrgicamente a la paciente anciana con cáncer de mama que sea tributaria de cirugía. La existencia de enfermedades asociadas, algunas desconocidas o en situación clínica inestable, junto con la presencia de fragilidad, sarcopenia y polifarmacia incrementan el riesgo en todas las intervenciones quirúrgicas. Objetivo principal: pacientes ancianas que han sido valoradas por el servicio de geriatría y tengan un índice pronóstico de mortalidad a un año.

Objetivos secundarios:

- Valoración del riesgo quirúrgico y sus complicaciones.
- Detección de situaciones que disminuyan los efectos adversos del tratamiento quirúrgico propuesto y otros tratamientos coadyuvantes que deriven.
- Manejo de la polifarmacia y posibilidades de la desprescripción.
- Detección de la fragilidad.

MÉTODO

El paciente geriátrico tiene unas especiales características propias del envejecimiento fisiológico, que hace necesaria una valoración especial, valoración geriátrica integral, donde se puede identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales. Por ello y en colaboración con el servicio de geriatría del HNSG se realiza una valoración para descubrir las pacientes que son candidatas a cirugía oncológica y las que no, mediante una escala de valoración que se aplicara en dicho servicio de geriatría.

INDICADORES

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama mediante estudios por imagen y biopsia tumoral mayores de 75 años a las cuales se les valorará con las siguientes escalas:

- Multidimensional Prognostic Index (MPI)
- Short physical performance battery (SPPB o test de Guralnik)
- Índice de Walter
- Índice de Goldman.

Se emitirá un informe de consulta externa por parte del servicio de geriatría que incluirá todos los pormenores de la valoración y se participara en el comité de tumores del hospital.

Se generará una base de datos de cuantas pacientes han sido intervenidas quirúrgicamente de su proceso oncológico según las escalas de valoración utilizadas.

DURACIÓN

Un año de inicio, insertándolo de forma continuista en el servicio de ginecología con colaboración de geriatría si resulta favorable para la paciente anciana con cáncer de mama.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1103

1. TÍTULO

DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE CARMEN SANCHO REDONDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAZAN GIMENEZ PABLO
SEGURA CALVO FRANCISCO
FERNANDEZ PEREZ SERGIO
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este proyecto de mejora de calidad es detectar de manera temprana la presencia de edema macular en la población diabética.

La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una técnica que permite detectar pequeñas diferencias en la anatomía macular de estos pacientes, siendo una herramienta muy útil para el despistaje precoz de esta patología.

Durante 5 meses, desde junio de 2018 hasta octubre del mismo año, se analizaron los cambios arquitectónicos en la OCT macular de pacientes diabéticos que se iban seleccionando sobre una población de 2650 pacientes. Estos pacientes fueron vistos en la consulta de oftalmología ambulatoria del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Los recursos empleados fueron:

- Personal sanitario cualificado en oftalmología, optometría y enfermería.
- Escaner de OCT (Tomografía de Coherencia Óptica) para la valoración retiniana.
- Optotipo de proyección para valorar agudeza visual. Ocluser con estenopeico.
- Lámpara de hendidura oftalmológica
- Lentes oftalmológicas de calibre 20 y 78.
- Tropicamida y Fenilefrina en colirio, para provocar midriasis ocular.
- Material de ofimática necesario para el registro de los datos obtenidos y hojas de registro para desarrollar el proyecto.
- Ordenador con acceso al historiales médicos de los pacientes, para el acceso a sus últimas cifras de hemoglobina glicosilada, para poder valorar su nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos tres meses

Al acudir a la consulta, se estudiaron a los adultos con diabetes mellitus tipo 1, y tipo 2. A estos pacientes se les realizaba una anamnesis completa: edad del paciente, sexo, agudeza visual mejor corregida, tensión ocular, fondo de ojo bajo midriático y OCT macular.

Se complementó el estudio realizando las siguientes preguntas al paciente: si tenía un buen control glucémico, si era hipertenso, años de evolución de la diabetes y la cifra de HbA 1c.

Los pacientes seleccionados para la realización de este proyecto, recibieron la asistencia e información resultante del diagnóstico, necesario para nuestro proyecto, en cada una de sus respectivas consultas, con el fin de que fueran conocedores de la situación de su retinopatía diabética, el tratamiento prescrito oportuno y poder fomentar en ellos un mejor control de sus glucemias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se estudiaron 90 pacientes, que se dividieron en 3 grupos para el estudio: diabetes mellitus insulino dependiente, diabetes mellitus tipo 2, y un grupo control con pacientes sanos.

Dentro de cada grupo, se establecieron 3 límites de edad: de 20 a 40, de 40 a 60 y a partir de 60. Con 10 pacientes en cada grupo de edad, seleccionados al azar tanto en pacientes diabéticos como pacientes sanos.

La OCT macular es de gran ayuda para definir las características morfológicas así como el grosor retiniano.

No se encontraron diferencias significativas en los grupos de 20 a 40, y de 40 a 60, con respecto al grupo de control de pacientes sin retinopatía diabética.

Donde mayor diferencia se encontró fue en el grupo de mayores de 60 años con retinopatía diabética en los cuales se halló una mayor variación con respecto al grosor macular en relación con pacientes sanos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El edema macular diabético es una de las principales causas de pérdida de agudeza visual en la población diabética, su complejidad unida a la aparición de nuevos métodos diagnósticos, al igual que las novedosas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1103

1. TÍTULO

DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA

alternativas de tratamiento, hace que el enfoque de esta enfermedad suponga un importante reto para el oftalmólogo.

La OCT macular puede medir el grosor retiniano y cuantificar el edema macular.

Una atención temprana permite una gran mejora en la calidad y función visual de estos pacientes.

La introducción de técnicas de diagnóstico por imagen una auténtica revolución en este campo, y sobre todo con la implantación de dichos aparatos a nivel ambulatorio, ya que nos permiten en la misma consulta confirmar nuestras sospechas y no perder el tiempo para derivar al paciente en esa misma visita, y de esta forma, instaurar el tratamiento oportuno.

La sostenibilidad y replicación de este proyecto, depende de que las consultas de oftalmología a nivel ambulatorio, estén equipadas de los recursos técnicos, materiales, y profesionales, utilizados para la consecución del mismo. De ser así, sería sostenible seguir diagnosticando e instaurando, precozmente, tratamiento en pacientes con edema macular diabético.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1103 ===== ***

Nº de registro: 1103

Título
DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA MEDIANTE OCT

Autores:
SANCHO REDONDO CARMEN, BAZAN GIMENEZ PABLO, SEGURA CALVO FRANCISCO, FERNANDEZ PEREZ SERGIO, ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El edema macular diabético es una de las principales causas de pérdida de agudeza visual en la población diabética. Su complejidad, unida a la aparición de nuevos métodos de diagnósticos así como de novedosas alternativas de tratamiento, hace que el enfoque de esta enfermedad suponga un importante reto para el oftalmólogo. La duración de la enfermedad, el tipo de diabetes y el control de la misma son determinantes para su aparición. Una atención temprana permite una gran mejora en la calidad y función visual de estos pacientes. La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una técnica que permite detectar pequeñas diferencias en la anatomía macular de los pacientes siendo una herramienta muy útil para el despistaje precoz de esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS
-Detectar de manera temprana la presencia de edema macular en la población diabética
-Analizar los cambios arquitectónicos en la OCT macular de los pacientes diabéticos en comparación con la población normal

MÉTODO
Al acudir a la consulta se realizará una anamnesis completa especificando el tipo de diabetes, edad, duración de la misma y su control metabólico.
En nuestros CME se realizará una toma de agudeza visual corregida, tensión ocular, fondo de ojo bajo midriasis y OCT macular de los pacientes diabéticos. También a pacientes sanos que servirán de control.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1103

1. TÍTULO

DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA

Se catalogarán las diferencias en micras de la OCT macular por grupos de edad comprendiendo 3 categorías (de 20 a 40 años; de 41 a 60 años y de 61 en adelante).

INDICADORES

Presencia o ausencia de EMD y su relación con el tipo de diabetes y control metabólico
Diferencias en micras de la OCT macular entre los pacientes diabéticos y la población normal
Diferencias en micras de la OCT macular por grupos de edades
Diferencias en micras de la OCT macular por tipo de diabetes.

DURACIÓN

Junio 2018-junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1113

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE PABLO BAZAN GIMENEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO REDONDO CARMEN
SEGURA CALVO FRANCISCO
FERNANDEZ PEREZ SERGIO
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los objetivos del proyecto eran detectar de manera precoz, en una población estudiada de 2650 pacientes, durante 5 meses, en la consulta de CME de oftalmología del Hospital Nuestra Señora de Gracia, las pérdidas en la capa de fibras y cambios estructurales en la papila que puedan estar asociadas a pacientes con sospecha de glaucoma.

Los recursos empleados fueron:

- Personal sanitario cualificado en oftalmología, optometría y enfermería.
- Escaner de OCT (Tomografía de Coherencia Óptica) para la valoración retiniana.
- Optotipo de proyección para valorar agudeza visual.
- Paquímetro para valorar grosor corneal.
- Lámpara de hendidura con tonómetro de Goldman para medir PIO
- Lentes oftalmológicas de calibre 20 y 78.
- Fuooresceina en colirio.
- Material de ofimática necesario para el registro de los datos obtenidos y hojas de registro para desarrollar el proyecto.

Al acudir a la consulta, se realizaba una anamnesis: edad del paciente, sexo, presencia de enfermedades de riesgo vascular, antecedentes familiares de glaucoma, agudeza visual mejor corregida, tensión ocular, paquimetría, fondo de ojo con exploración papilar y OCT de capa de fibras nerviosas retinianas en pacientes con hipertensión ocular o sospecha de glaucoma.

Se desestimaron pacientes con hipertensión ocular con OCT de capa de fibras normal. Durante este tiempo se diagnosticaron 26 nuevos casos de glaucoma con pérdida de fibras en la OCT y con la instauración de tratamiento en el mismo acto médico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde que se tuvo constancia de que los cambios estructurales en la papila y en la capa de fibras de la retina precedían a defectos en el campo visual, es de vital importancia el diagnostico precoz.

Las técnicas de diagnostico por imagen analizan cambios en la capa de fibras y en la estructura de la papila. La OCT de capa de fibras tiene muchas ventajas, es una técnica rápida y no invasiva pero necesita medios transparentes y la colaboración del paciente.

El campo visual supone la vertiente funcional del diagnostico del glaucoma, mientras que la evaluación de la papila y de la capa de fibras retiniana suponen la parte estructural de dicho diagnóstico.

Con la accesibilidad de la OCT de capa de fibras en nuestra práctica clínica a nivel ambulatorio, un determinado número de pacientes se va a beneficiar de un diagnostico y tratamiento precoz en la primera visita.

Diagnostico de glaucoma con pérdida de fibras nerviosas por tipo de paciente, de un total de 26 diagnosticados, durante este proyecto de mejora de calidad:

Con catarata (7): Paquimetría baja (1) Cámara anterior estrecha (0) Pseudoexfoliación (3) Glaucoma crónico simple (2) Pseudoexfoliación con cámara estrecha (1)

Con facoesclerosis (9): Paquimetría baja (2) Cámara anterior estrecha (3) Pseudoexfoliación (1) Glaucoma crónico simple (3) Pseudoexfoliación con cámara estrecha (0)

Con diabetes (4): Paquimetría baja (1) Cámara anterior estrecha (1) Pseudoexfoliación (1) Glaucoma crónico simple (1) Pseudoexfoliación con cámara estrecha (0)

Sin catarata (3): Paquimetría baja (0) Cámara anterior estrecha (1) Pseudoexfoliación (1) Glaucoma crónico simple (1) Pseudoexfoliación con cámara estrecha (0)

Con cirugía de catarata previa (3): Paquimetría baja (2) Cámara anterior estrecha (0) Pseudoexfoliación (0) Glaucoma crónico simple (1) Pseudoexfoliación con cámara estrecha (0)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1113

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por la casuística, se detecta que el mayor porcentaje de pacientes presentaba un glaucoma crónico simple. El glaucoma pseudoexfoliativo y el de presión normal con una paquimetría baja han obtenido los mismos resultados. En cambio, el glaucoma de cámara estrecha se sitúa en un porcentaje ligeramente inferior. La introducción de técnicas de diagnóstico por imagen ha supuesto una auténtica revolución en este campo, y sobre todo con la introducción de dichos aparatos a nivel ambulatorio, ya que nos permiten en la misma consulta confirmar nuestra sospechas y no perder tiempo en instaurar el tratamiento oportuno en la misma visita. La replicación de este proyecto, depende de que las consultas de oftalmología a nivel ambulatorio, estén equipadas de los recursos técnicos materiales y humanos cualificados citados, utilizados para la consecución del mismo. Si dichas consultas están equipadas para ello, sería sostenible una permanente implicación para seguir diagnosticando precozmente el glaucoma con pérdida de fibras nerviosas y prevenir el deterioro visual irreversible que produce en los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1113 ===== ***

Nº de registro: 1113

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

Autores:
BAZAN GIMENEZ PABLO, SANCHO REDONDO CARMEN, SEGURA CALVO FRANCISCO, FERNANDEZ PEREZ SERGIO, ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN PREVENCION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El glaucoma es una de las principales causas de ceguera irreversible en el mundo. Esta enfermedad se caracteriza generalmente por el aumento patológico de la presión intraocular y tiene como condición final común una neuropatía óptica con pérdida progresiva de las fibras nerviosas del nervio óptico y cambios en su aspecto. La mayoría de las personas afectadas no presentan síntomas en las primeras fases de la enfermedad; más adelante aparecen defectos en el campo visual y pérdida progresiva de visión. La aparición de estos síntomas puede significar que la enfermedad está en un punto avanzado de su evolución. La hipertensión ocular (HTO), por el contrario, supone un aumento en la presión intraocular de los pacientes sin daño glaucomatoso asociado. Sin embargo, los pacientes con HTO pueden tener un mayor riesgo de desarrollar glaucoma en el futuro.

RESULTADOS ESPERADOS

Detectar de manera precoz aumentos significativos en la PIO de los pacientes atendidos en la consulta de oftalmología del CME
Detectar pérdidas de la capa de fibras nerviosas retinianas (CFNR) que puedan estar asociadas a la presencia de glaucoma
Detectar diferencias en la CFNR de los pacientes con sospecha de glaucoma y la población general
Ajustar la PIO en base a la paquimetría de estos pacientes

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1113

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

Al acudir a la consulta se realizará una anamnesis completa especificando la edad, presencia de enfermedades de riesgo cardiovascular y antecedentes familiares de glaucoma.
En nuestros CME se realizará una toma de agudeza visual corregida, tensión ocular, paquimetría, exploración papilar en el fondo de ojo y OCT de CFNR papilar de los con HTO o sospecha de glaucoma.

INDICADORES

Presencia de disminución en la CFNR de los pacientes con HTO o sospecha de glaucoma
Porcentaje de pacientes con HTO en los que se detectan alteraciones en la OCT papilar
Variaciones en la PIO ajustada según la paquimetría
Porcentaje de pacientes en los que se acaba instaurando tratamiento anti glaucomatoso

DURACIÓN

Junio 2018- febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1217

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN PINILLA BOROBIJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO
FUENTES BERNAL JUAN LUIS
GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO
HERRANDO BLASCO JESUS
SAN AGUSTIN BEAMONTE ALBERTO
CASTILLO CASTEJON OLIMPIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente, seleccionamos las salas de reuniones a interconectar, que fueron cinco: consultas externas del HUMS, consultas de neurooftalmología y glaucoma, consultas de oftalmología pediátrica, consultas del HNSG y consultas del HRV.

La sala de reuniones principal para emitir se estableció en las CCEE del HUMS.

Se dotaron las salas del equipo de hardware y periféricos necesarios para obtener una recepción-emisión de vídeo y audio de calidad, así como la proyección en monitores y TVs para el adecuado visionado de todos los asistentes. Se adquirió un micrófono con conexión bluetooth para la sala principal.

El servicio de informática amplió el ancho de banda en el HNSG para permitir un mejor flujo de la conexión.

El software de videoconferencia adquirido e instalado es Blizz (TeamViewer), que permite de una forma intuitiva compartir pantalla, aplicaciones como Power Point, chat... Se adquirió la licencia para compartir con varios participantes. Su instalación y puesta en marcha fue posible gracias al servicio de informática que habilitó los puertos en cada sala.

Además, Blizz permite conectarse desde casa con el ordenador personal o desde cualquier lugar con el smartphone para asistir a las sesiones.

Se resumieron brevemente en una hoja las instrucciones para establecer la conexión desde cada uno de los terminales y se adjuntó una copia junto a ellos.

Se creó un grupo de WhatsApp para comunicar las incidencias, anunciar sesiones, cancelaciones, etc.

Se nombraron responsables en cada sala de reuniones para asegurar el uso cotidiano de la aplicación y la conexión a las sesiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el comienzo de las sesiones en septiembre de 2018, podemos valorar el resultado como altamente positivo. La conexión de la sesión ha sido casi sistemática desde entonces, con un alto grado de satisfacción de los asistentes.

No se han dejado de registrar incidencias que a continuación paso a enumerar:

1. Durante los 2 meses iniciales, la calidad del audio ha sido bastante baja, punto que se ha resuelto adquiriendo un micrófono adecuado para la sala principal.
2. Se han detectado 4 ocasiones donde la conexión no ha sido posible, ya haya sido por problema del software o de la conexión a internet.
3. Aunque el centro emisor ha conectado casi siempre (35 sesiones de 37 registradas), los otros centros no conectan con tanta asiduidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora creemos que con este proyecto se ha aumentado la capacidad de comunicación entre los equipos de trabajo y los miembros del Servicio de Oftalmología. En los últimos años, la dispersión del personal del servicio en varias áreas de trabajo distribuidas dentro del mismo hospital y en otros centros dificultaba enormemente la asistencia de forma sostenible a las sesiones administrativas y clínicas.

Aunque la implementación ha sido bastante satisfactoria, se han detectado varios puntos a mejorar y ya se está trabajando en su mejora:

1. Queremos ajustar el horario de sesiones e inicio de las consultas, ya que en algunos centros no se acoplan, lo que dificulta que los profesionales puedan atender a las sesión.
2. Valorar instalar el software en ordenadores individuales de aquellos centros de trabajo que no dispongan de sala de reuniones próxima, principalmente los Centros Médicos de Especialidades.
3. Instalar micrófonos de calidad en las otras salas para permitir un diálogo de calidad.
4. Ampliar el uso de la videoconferencia para reuniones.
5. Habilitar algún disco duro donde grabar las sesiones de interés.
6. Elaborar encuesta de satisfacción para detectar nuevos puntos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1217 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1217

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Nº de registro: 1217

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Autores:
PINILLA BOROBIA JUAN, BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO, FUENTES BERNAL JUAN LUIS, GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO, HERRANDO BLASCO JESUS, SAN AGUSTIN BEAMONTE ALBERTO, CASTILLO CASTEJON OLIMPIA

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 .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación y docencia

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) ha crecido en actividad y extensión en los últimos años. Actualmente, se pueden localizar varias áreas de trabajo distribuidas dentro del mismo hospital y en otros centros. Asimismo, la plantilla compuesta por médicos y ópticos-optometristas puede estar destinada en uno o varios de estos centros a lo largo de la semana laboral. Esta situación de dispersión del servicio ha llevado a dificultar enormemente la capacidad de comunicación entre los equipos de trabajo y sus miembros. Además, las sesiones clínicas, docentes y administrativas, tradicionalmente celebradas en la Sala de Juntas de las Consultas Externas del HUMS, carecen de la infraestructura para su seguimiento continuado por los profesionales del servicio. El buen funcionamiento de un servicio requiere la existencia de unos canales de comunicación adecuados para que fluya la información y el conocimiento generados por una actividad en crecimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la conectividad telemática entre los diferentes centros del Servicio de Oftalmología. Permitir el seguimiento de sesiones clínicas, administrativas y docentes desde las salas de reuniones y otros ordenadores integrados en el servicio. Facilitar un canal de comunicación entre los equipos de trabajo para mantener reuniones que no exijan la presencia física de todos los participantes. La población diana es el personal sanitario del Servicio de Oftalmología, así como el personal en formación, MIR o estudiantes de los grados de Medicina y Óptica.

MÉTODO
Enumerar las salas de reuniones que se quieren interconectar. Dotarlas del equipo de hardware y periféricos necesarios para obtener una recepción-emisión de vídeo y audio de calidad, así como la proyección en monitores y TVs para el adecuado visionado de todos los asistentes. Instalar un software de videoconferencia que permita de una forma intuitiva compartir pantalla y aplicaciones, transmitir vídeo y audio, chat... Valorar instalar el software en ordenadores individuales de aquellos centros de trabajo que no dispongan de sala de reuniones próxima. Valorar la posibilidad de conectarse desde casa con el ordenador personal o desde cualquier lugar con el smartphone. Sistematizar la conexión de la sesión de la mañana para que pueda ser seguida desde cualquier ordenador. Entrenar al personal en el uso de la aplicación y solución de problemas más frecuentes, garantizando su uso cotidiano.

INDICADORES
La conectividad telemática se garantizará realizando test para poner a prueba el funcionamiento de todos los apartados requeridos para la videoconferencia: imagen, vídeo, audio, compartición de aplicaciones y de pantallas, chat... Se listará la dotación de cada sala con el hardware y periféricos (cámara, micrófonos, monitores...) necesarios, procurando así un seguimiento de su buen estado y reparaciones o sustituciones requeridas. El principal indicador de monitorización será el número de sesiones conectadas por cada sesión celebrada, así como el número de centros y equipos asistiendo telemáticamente a cada sesión. Se repartirá una encuesta de satisfacción entre los usuarios del sistema de videoconferencia, haciendo hincapié en la sencillez y operabilidad del sistema y la calidad percibida del mismo.

DURACIÓN
Fecha de comienzo: septiembre de 2018; Fecha de finalización: enero de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1217

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

PLAN DE IMPLANTACIÓN: Se coordinará todo el equipo para que cada ubicación disponga de los elementos necesarios correctamente instalados y se realizarán las pruebas necesarias para garantizar la solidez y fluidez del sistema. A continuación, se probará en situación real durante las sesiones clínicas, administrativas y docentes de la mañana. En una última fase se extenderá a otros usos como celebración de reuniones y grabación de clases y cursos.

PLAN DE COMUNICACIÓN: Se explicará su funcionamiento a uno o varios responsables en cada centro. Posteriormente, se expondrá en sesiones sucesivas cómo conectarse y las funcionalidades del sistema, para que su aprovechamiento sea extensible a todo el personal. Quedará registrado en cada ordenador un guión explicativo del sistema y otro impreso en las salas de reuniones para una disponibilidad más inmediata.

PLAN DE EVALUACIÓN: Cada día habrá un responsable de registrar la conexión diaria a la sesión principal de cada centro. Se identificarán las causas que en cada caso impidan o dificulten el correcto funcionamiento. Se completará una encuesta de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0216

1. TÍTULO

DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLÓGICOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ALEJANDRO BLASCO MARTINEZ
· Profesión OPTICO-OPTOMETRISTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATEO OROBIA ANTONIO
SORIANO PINA DIANA
DEL PRADO SANZ EDUARDO
LOPEZ LOPEZ MARIA DEL CARMEN
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
PINILLA BOROBIAN JUAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como objetivos del proyecto de mejora nos propusimos conectar todos los aparatos a un sistema de visor de imágenes para PC llamado Forum, desarrollado por la empresa Zeiss.

En un primer momento, nuestro equipo del proyecto de mejora se encargó de contactar con los técnicos e informáticos de la casa Zeiss, para la instalación del programa Forum en todos los PC de nuestro servicio de oftalmología que fuese posible.

Después, contactamos con los proveedores de las casas y, en casos necesarios, con sus respectivos informáticos para que conectase a través de la red del hospital nuestros aparatos de pruebas diagnósticas oftalmológicas con el programa Forum.

Fue necesaria la coordinación de representantes de las casas, sus informáticos y los informáticos del Hospital Provincial.

Para la conexión de todos estos aparatos fue necesario un cable de red como único material para desarrollar el proyecto.

Esta conexión exitosa se llevó a cabo desde marzo del 2019 hasta mayo del 2019.

El resto del tiempo posterior se dedicó a prueba y resolución de errores y a pulir y automatizar el sistema entre nuestro personal.

Nuestro personal se encargó de cada día encender todos los aparatos y ordenadores del servicio, así como de dejar el programa Forum en activo y preparado para visualizar.

Al final de cada día laboral, otro personal se encargó de apagarlo todo para ahorrar energía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consiguió enlazar al programa Forum de Zeiss los siguientes aparatos: OCT Maestro (Topcon), Microscopio especular (Topcon) y el Biómetro IOL Master (Zeiss).

Los aparatos Pentacam (Oculus) y Aberrómetro KR-1W (Topcon) se conectaron al servidor del hospital, dentro de la carpeta de oftalmología.

De esta manera se consiguieron visualizar todas las pruebas realizadas diariamente a través del PC, pudiendo beneficiarse de esto desde cualquier PC de nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La visualización de pruebas mediante este u otro programa de PC o medio reduce significativamente el gasto en papel y tinta, además de mejorar la calidad asistencial al poder visualizar las pruebas desde cualquier PC con conexión a internet y el programa instalado.

Es muy recomendable el uso de esta tecnología para reducir gasto hospitalario y mejorar la atención al paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/216 ===== ***

Nº de registro: 0216

Título
DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLOGICOS

Autores:
BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO, MATEO OROBIA ANTONIO, SORIANO PINA DIANA, DEL PRADO SANZ EDUARDO, LOPEZ LOPEZ MARIA DEL CARMEN, ALMENARA MICHELENA CRISTINA, PINILLA BOROBIAN JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0216

1. TÍTULO

DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLÓGICOS

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La unidad de Alta Resolución en Cirugía de Cataratas Ambulatoria (ARCCA), del H NTRA SRA Gracia, integra asistencia clínica pre y postoperatoria, docencia universitaria de los grados en medicina y optometría e investigación.

Para llevar a cabo todas estas actividades, se dispone de material de exploración especializado como el Keratograph 5M, OQAS II, aberrómetro, topógrafo, IOL Master, OCT, refractómetro y microscopio especular. Todos estos aparatos se usan diariamente, imprimiendo el resultado de las pruebas en impresoras conectadas en red local o mediante cable. Sin embargo, el gasto de tinta de impresora y papel es significativo, así como la necesidad de tener las pruebas físicamente en papel para obtener el resultado en consulta y tener que incorporarlas a la historia clínica en papel.

Es necesario aprovechar las nuevas tecnologías en red para optimizar los recursos y gastos de consumibles en la consulta de oftalmología. Al igual que ocurre con la historia clínica electrónica, actualmente ya se pueden vincular los resultados de algunas pruebas a un sistema protegido de datos vía red de internet.

RESULTADOS ESPERADOS

La mayoría de los equipos anteriormente descritos disponen de una conexión a internet. El objetivo es conectar todos los aparatos a un sistema de visor de imágenes para PC llamado Forum, desarrollado por la empresa Zeiss. Con esto se reduciría significativamente el uso de tinta de impresora y papel, mejorando además la disponibilidad de pruebas en todas las consultas del hospital Nuestra Señora de Gracia, así como en cualquier PC que tenga instalado el programa Forum desde cualquier hospital o consulta.

MÉTODO

Se analizarán los recursos necesarios para conectar cada aparato a internet.

Autoqueratorrefractómetro (Topcon): siendo el equipo más antiguo, requerirá adaptadores y técnicos especializados para las conexiones necesarias a internet.

OCT Maestro (Topcon): Actualmente ya dispone de conexión a internet. Al ser una empresa distinta de la del programa Forum (Zeiss) se requerirá software paralelo para la compatibilidad de la exportación de imágenes. Microscopio especular (Topcon): se requerirán cables de red para su conexión a internet, así como el mismo software paralelo del aparato anterior.

Biómetro IOL Master (Zeiss): ya dispone de conexión a internet. Al ser la misma empresa que el programa Forum, la vinculación es más sencilla. Se necesitará técnico de la casa para su instalación.

Topógrafo Pentacam (Oculus): Actualmente ya dispone de conexión a internet. Al ser una empresa distinta de la del programa Forum (Zeiss) se requerirá software paralelo para la compatibilidad de la exportación de imágenes.

Aberrómetro KR-1W (Topcon): Actualmente ya dispone de conexión a internet. Al ser una empresa distinta de la del programa Forum (Zeiss) se requerirá software paralelo para la compatibilidad de la exportación de imágenes. Se formará al personal de oftalmología (médicos, enfermería, auxiliares y optometristas) para la utilización de estas conexiones y la exportación de los resultados de pruebas al programa para garantizar su funcionamiento correcto a diario.

INDICADORES

La conectividad exitosa de cada aparato u ordenador al programa Forum y su visualización correcta de cada prueba serán indicativos de éxito. Se realizarán pruebas a diario con los aparatos comprobando que se pueden visualizar las pruebas.

Todas las mañanas un miembro del personal se encargará de enchufar todos los aparatos. En el último turno de tarde, otro miembro del personal se encargará de apagarlos todos.

Si hay alguna incidencia se encargarán de ponerse en contacto con el responsable del proyecto para que valore, qué profesional puede resolver el problema.

DURACIÓN

Fecha inicio: marzo del 2019, Fecha finalización: julio del 2019

Análisis del material físico necesario (hardware): marzo 2019. Responsable: María Carmen López

Contacto con proveedores y compra del hardware necesario: marzo 2019. Responsable: Eduardo Del Prado

Conexión del aparataje a internet y mejora de la estética de los cables utilizados mediante el uso de embellecedores anclados al rodapié: abril 2019. Responsable: Antonio Mateo

Contacto con técnicos especializados de las casas de cada aparato. Instalación del programa en todos los ordenadores de oftalmología: mayo 2019. Responsable: Diana Soriano

Prueba y solución de errores con la colaboración de los técnicos. Formación del uso del programa Forum: junio 2019. Responsable: Cristina Almenara

Formación al personal de oftalmología para el uso del programa Forum. Automatización de la exportación de pruebas: julio 2019. Responsable: Alejandro Blasco

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0216

1. TÍTULO

DESARROLLO DE VISOR PARA PC DE PRUEBAS REALIZADAS CON APARATOS OFTALMOLÓGICOS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0373

1. TÍTULO

DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

Fecha de entrada: 06/01/2020

2. RESPONSABLE ELVIRA ORDUNA HOSPITAL
· Profesión OPTICO-OPTOMETRISTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO REDONDO CARMEN
BAZAN GIMENEZ PABLO
SEGURA CALVO FRANCISCO
HERNANDEZ VIAN RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este estudio es evaluar la acomodación en pacientes preprébitas (de 8 a 40 años) con problemas acomodativos, por el exceso de utilización de pantallas y dispositivos electrónicos, tras un plan de terapia visual de unos 3 meses de duración con ejercicios a realizar en casa.

Para dicho objetivo se realizaron las siguientes pruebas en una primera consulta de oftalmología ambulatoria en el Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia, siempre ofreciendo al paciente participar en el estudio firmando el consentimiento informado:

1. Medida del error refractivo sin cicloplejia.
2. Medida de la agudeza visual (AV).
3. Medida de las forias horizontales y verticales mediante Cover test y varilla de Maddox.
4. Medida de las vergencias fusionales horizontales y verticales con la barra de prismas.
5. Medida de la acomodación relativa negativa y de la acomodación relativa positiva (ARN/ARP).
6. Medida del punto próximo de convergencia (PPC).
7. Medida de la amplitud de acomodación (AA) monocular y binocular.
8. Medida de la flexibilidad acomodativa monocular (FAM) y binocular (FAB).
9. Medida de la fusión mediante el test de Worth.
10. Medida de la estereopsis.
11. Medida de la presión intraocular (PIO).
12. Medida del error refractivo bajo cicloplejia.
13. Revisión del fondo de ojo

Además, se establecieron diversos criterios de inclusión para este estudio:

- Pacientes preprébitas con AV mejor corregida superior a 0,8 en escala decimal (20/25 escala Snellen) en cada ojo.
- No existencia de ambliopía ni estrabismos.
- Defecto de refracción inferior a 5,00 D de esfera e inferior a 3,00 D de cilindro.
- Medios ópticos transparentes.
- Los pacientes debían realizar los ejercicios mandados para casa con constancia.
- Haber firmado el consentimiento informado.
- No padecer ninguna patología oftálmica ni sistémica.

Una vez diagnosticado el espasmo acomodativo, se les prescribió la realización de ejercicios 5 días a la semana durante unos 30 minutos a lo largo de 3 meses, tras los cuales se les citó otra consulta para valorar el estado de su acomodación en la que se repitió el examen de la primera visita.

En el plan de terapia visual utilizado con estos pacientes, se realizaron tanto ejercicios acomodativos como vergenciales, puesto que existe una estrecha relación entre la acomodación y la convergencia (relación AC/A). Dichos ejercicios fueron los siguientes:

- TABLAS DE HART: En este ejercicio, los pacientes debían colgar una tabla de mayor tamaño en la pared y sujetar una pequeña en su mano y, tapando un ojo en monocular y después el otro, leer de manera alternada una letra de la tabla de lejos y otra de la de cerca. Por último, repetir el proceso en binocular. 5 minutos por ojo y 5 en binocular.
- Trabajo del punto próximo de convergencia (PPC): En este ejercicio se pedía al paciente que acercase un estímulo acomodativo hacia su nariz, generalmente un bolígrafo con letras, bien centrado entre ambos ojos. El paciente debía referir cuando apreciaba diplopía y se le pedía que en ese momento tratase de conseguir la fusión. Este ejercicio debía realizarlo 10 veces seguidas al día.
- CORDÓN DE BROCK: se pedía al paciente que coloque el extremo del cordón en su nariz (el otro extremo se lo sujetará alguien o lo atará a algún soporte a la altura de sus ojos) y que acerque la bola roja hasta que refiera diplopía al mirar a dicha bola. Las otras dos bolas se dispondrán a distancias más alejadas en función de los datos vergenciales obtenidos de cada paciente. Una vez colocadas las bolas en su posición óptima, se pide al paciente que mire a las diferentes bolas de manera alternada. En todo momento debía tratar de apreciar la diplopía fisiológica. La diplopia fisiológica ocurre cuando fijando la mirada en un objeto, se aprecian los objetos situados más cerca o más lejos dobles. Al fijar en un objeto próximo (bola roja), las otras dos bolas se aprecian en diplopia homónima, es decir, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0373

1. TÍTULO

DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

imagen situada a la derecha se verá con el ojo derecho (OD) y la izquierda con el ojo izquierdo (OI). Al fijar la mirada en un objeto lejano (bola verde) se apreciarán los objetos próximos en diplopia heterónima o cruzada, es decir, la imagen situada a la derecha se verá con el OI y la izquierda con el OD. Este ejercicio debía realizarlo durante 7 minutos cada día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se estimó que la prevalencia de los pacientes con problemas acomodativos, de entre 8 y 40 años, era de un 10% de la población que acudía a nuestras consultas ambulatorias.

En este estudio aceptaron participar 31 pacientes de todos los que se les propuso desde marzo hasta septiembre de 2019. De los 31 pacientes, 23 completaron el estudio tras los 3 meses de terapia visual en casa y 8 de ellos tuvieron que ser excluido debido a que no tenían la constancia necesaria de realizar los ejercicios de manera continuada.

Tras la comparación de todos los resultados optométricos de la segunda visita respecto a la primera, se apreció una mejora generalizada de todos los valores optométricos acomodativos y vergenciales.

En cuanto a la AV en visión lejana los pacientes con espasmo acomodativo mejoraron respecto a la visita inicial, que tras la terapia visual redujeron la pseudomiopía que presentaban. Este hecho puede apreciarse comparando los valores del equivalente esférico (EE) del OD y del OI al inicio y al final como se dio prácticamente en todos los pacientes, siendo mayor el cambio en aquellos que tenían el espasmo acomodativo más elevado al inicio. Como ejemplos, los pacientes 9 (EE OD inicial -5,50 D a EE OD final de 0,00 D y EE OI inicial - 5,50 D a EE OI final de +0,25 D) y 11 (EE OD inicial -4,00 D a EE OD final de +0,50 D y EE OI inicial -5,00 D a EE OI final de +0,25 D), los cuales presentaban miopías elevadas antes de la terapia visual, finalizaron el estudio tendiendo a la emetropía al desbloquear el exceso acomodativo que presentaban.

Tras el plan de terapia visual la AA mejoró en todos los pacientes del estudio tanto en monocular como en binocular relativa a su edad, así como los datos de la ARN y la ARP inicial y final que se normalizaron en todos los casos en los que una de las dos o ambas se encontraban reducidas. La FAB mejora en casi todos los pacientes del estudio pero en menor cuantía que la FAM.

Los datos vergenciales de los pacientes también mejoraron sustancialmente tras la terapia visual acomodativa que se realizó, ya que se redujo la distancia a la nariz del PPC en la mayoría de los casos consiguiendo valores normales. Lo mismo ocurre en las vergencias fusionales, especialmente en las positivas.

Los pacientes con espasmo acomodativo no eran capaces de relajar la acomodación antes de la terapia visual, fallando con lentes positivas. En visión lejana al retirar la lente negativa no podían recuperar la nitidez debido a la pseudomiopía que presentaban y en visión próxima les pasaba al colocar la lente de +2,00 D.

Así pues, los pacientes con exceso de acomodación presentaban un bloqueo de ésta de modo que la AA se encontraba anclada a una distancia determinada que solía coincidir con su distancia de trabajo habitual en visión próxima, normalmente la distancia a la que tenían la pantalla del ordenador, tablet o móvil. Entonces generaban una pseudomiopía debido a su incapacidad para relajar el cristalino, para la visualización de un determinado estímulo a mayor distancia, es decir, el foco de nitidez lo tenían a una distancia más corta de la necesaria generando borrosidad a distancias más lejanas. Por tanto, fallaban en todas las pruebas en las que se utilizaban lentes positivas que les hacían relajar la acomodación y soltar ese espasmo. En concreto, los valores de ARN, FAM y FAB con OD en lejos y +2,00 D en cerca se encontraban reducidos, además de la AV en los casos en los que la pseudomiopía era elevada.

Es decir, conforme el cristalino iba recuperando su capacidad de enfoque y desenfoque se iba reduciendo la pseudomiopía y, con ello, el EE tendiendo a la emetropía, manifestando una mejora de la AV en visión lejana.

Entonces los pacientes dejaban de acomodar en exceso, siendo capaces de encontrar la nitidez a cualquier distancia. Esta reducción del EE puede contrastarse con estudios como el realizado por Ciuffreda o Scheiman quienes también apreciaron dicha emetropización de los pacientes con espasmo acomodativo tras la terapia visual activa para el aumento de la AA, mediante ejercicios en casa, lo que hemos confirmado con nuestro estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En base a los datos obtenidos se puede extraer las siguientes conclusiones:

La terapia visual activa es útil para la normalización de los parámetros acomodativos, tales como la amplitud de acomodación, la flexibilidad acomodativa monocular y la flexibilidad acomodativa binocular, en todos los pacientes prepresbítas que padecen disfunciones acomodativas independientemente de su edad. En los pacientes que presentaban de exceso acomodativo mediante la utilización de la terapia visual se pudo desbloquear el espasmo consiguiendo la emetropización y consecuente mejora de la agudeza visual sobretodo en visión lejana.

Dada la importancia de la relación entre la acomodación y la convergencia, la realización de terapia visual vergencial y acomodativa ayuda de modo eficaz a la resolución del problema acomodativo, reduciendo el tiempo de tratamiento.

Todos los pacientes mejoraron su calidad de vida óptima eliminando los síntomas que padecían, como las cefaleas, borrosidad, astenopia o mareos, devolviendo una capacidad de enfoque nítida a cualquier distancia con su corrección subjetiva si la precisaban.

Con lo cual, es recomendable que las personas que trabajen con pantallas hagan cambios de enfoque cada 15-30 minutos intentando visualizar objetos lejanos a través de una ventana para prevenir el bloqueo de su cristalino. Y en pacientes que ya padecen dicho bloqueo acomodativo detectado en nuestras consultas ambulatorias pautar ejercicios simples, como los comentados en la memoria y sin coste económico, para que puedan ejercitar su musculatura ocular en casa y poner remedio a su disfunción, cada vez más frecuente en nuestra sociedad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0373

1. TÍTULO

DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/373 ===== ***

Nº de registro: 0373

Título
DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

Autores:
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA, SANCHO REDONDO CARMEN, BAZAN GIMENEZ PABLO, SEGURA CALVO FRANCISCO JAVIER, CASTILLO CASTEJON OLIMPIA, HERNANDEZ VIAN RUBEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disfunciones acomodaticias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad se está detectando un aumento de espasmos acomodaticios generados por el uso de dispositivos y pantallas de la población joven. Este problema es generado debido a que el cristalino enfoca en visión próxima durante mucho tiempo, esa acomodación mantenida hace que el cristalino no sea capaz de desenfocar en visión lejana creando una pseudomiopía con sus correspondientes cefaleas y visión borrosa.

RESULTADOS ESPERADOS
Población de 8 a 40 años.
Búsqueda del porcentaje de población que padece esta patología, cada día más frecuente en la adolescencia.
Detectar el problema sin confundirlo con una miopía.
Tratamiento mediante ejercicios para enseñar al sistema visual a enfocar y desenfocar.
Evitar que el paciente vuelva a generar dicho espasmo y así evitar las cefaleas y visión borrosa.
Educar a la población joven en higiene visual.

MÉTODO
A los pacientes en la primera visita se les realiza el siguiente examen oftalmo-optométrico:
Toma de agudeza visual
Graduación subjetiva sin cicloplejia
Examen optométrico completo con toda la batería de test
Presión intraocular
Graduación bajo cicloplejia
Revisión de fondo de ojo
Ejercicios visuales que tendrán que realizar durante el tiempo previsto

INDICADORES
Porcentaje de pacientes menores de 40 años que padecen esta disfunción y tratamiento de éstos para disminuir su sintomatología y eliminar el espasmo acomodativo.

DURACIÓN
Marzo de 2019 a Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0373

1. TÍTULO

DETECCION DE ESPASMOS ACOMODATIVOS GENERADOS POR EL USO DE PANTALLAS Y SU TRATAMIENTO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0442

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL CALCULO DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGÍA DE CATARATA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO SEGURA CALVO
· Profesión OPTOMETRISTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO REDONDO CARMEN
BAZAN GIMENEZ PABLO
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA
GIMENEZ CALVO GALADRIEL
SORIANO PINA DIANA
ALTEMIR GOMEZ IRENE
FANLO ZARAZAGA ALVARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo principal del estudio fue determinar la fórmula más predictiva para el cálculo de la potencia de lentes intraoculares, así como los ajustes que fueran necesarios, en función de diferentes parámetros como la longitud axial o el modelo de lente.
En el estudio se incluyeron a pacientes intervenidos de cirugía de catarata que alcanzaron en la última revisión postoperatoria una agudeza visual con corrección de al menos 0,8. Se excluyeron aquellos con cualquier patología ocular o sistémica que pudiera afectar a su agudeza visual.
Se incluyeron en el estudio un total de 710 ojos, sobre los que se comparó el equivalente esférico teórico, obtenido con el biómetro IOL Master 700, con la refracción subjetiva final. Para ahondar más en los resultados se dividió la muestra en diferentes grupos en función de la longitud axial: ojos cortos (<22mm), largos (>25mm) y de longitud axial media (entre 22 y 25mm); y del modelo de lente intraocular: Tecnis ZCB00 (Abbott), EyeCee One (Bauch&Lomb), Micro+Al23 (PhysIOL).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los parámetros preoperatorios para el total de la muestra fueron de 23,42±1,17 mm de longitud axial, 3,07±0,39 mm de profundidad de cámara anterior, 4,59±1,41 mm de espesor del cristalino, 43,50±1,91 D de potencia del meridiano plano y 44,43±1,88 D de potencia del meridiano curvo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p<0,05) en la longitud axial (21,64±0,34 mm frente a 26,21±1,13 mm), profundidad de cámara anterior (2,73±0,30 mm frente a 3,47±0,35 mm), y potencias de los meridianos planos (44,99±1,47 D frente a 42,66±1,38 D) y curvos (45,91±1,45 D frente a 43,59±1,47 D) entre los grupos dependientes de la longitud axial (ojos cortos frente a ojos largos). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes modelos de lente intraocular.
El equivalente esférico subjetivo fue de -0,21±0,45 D para el total de la muestra, encontrándose diferente estadísticamente significativas en el grupo de ojos largos (-0,29±0,52 D), en las lentes EyeCee One (-0,42±0,43 D) y en las Micro+Al23 (0,00±0,40 D). La fórmula SRK/T fue la más precisa en el grupo de ojos largos (hipermetropizando 0,15±0,37 D) y la HofferQ para los ojos cortos (miopizando -0,13±0,45 D). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las fórmulas de cálculo en el grupo de longitud axial media ni para los diferentes modelos de lentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha observado una mayor predicción de la refracción con la fórmula SRK/T en los ojos largos y de la HofferQ en ojos cortos, así como una hipercorrección con la lente EyeCee One y una hipocorrección con la Micro+Al23.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/442 ===== ***

Nº de registro: 0442

Título
OPTIMIZACION DEL CALCULO DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
SEGURA CALVO FRANCISCO JAVIER, GIMENEZ CALVO GALADRIEL, ORDUNA HOSPITAL ELVIRA, SORIANO PINA DIANA, ALTEMIR GOMEZ IRENE, SANCHO REDONDO CARMEN, BAZAN GIMENEZ PABLO, FANLO ZARAZAGA ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0442

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL CALCULO DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS REFRACTIVOS TRAS CIRUGÍA DE CATARATA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El envejecimiento gradual de la población en los últimos años ha generado un incremento en el número de cirugías de catarata. Concretamente, en la unidad de alta resolución de catarata ambulatoria (ARCCA) del Hospital Nuestra Señora de Gracia se realizan más de 20 cirugías diarias. La catarata constituye la opacificación del cristalino, ocasionando un déficit visual y una peor calidad de vida de los pacientes. En la actualidad la cirugía de la catarata busca, no sólo devolver la transparencia a los medios oculares, sino lograr la mejor situación refractiva según las necesidades del paciente, generalmente la emetropía. Para ello se pueden utilizar numerosas fórmulas de cálculo que determinan la potencia de la lente intraocular a implantar, en función de la anatomía del ojo y de las características de las lentes.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal será determinar la fórmula más predictiva para el cálculo de la potencia de lentes intraoculares, así como los ajustes que fueran necesarios, en función de diferentes parámetros como la longitud axial, queratometría, profundidad de cámara, modelo de lente... Se incluirán en el proyecto las pruebas realizadas a todos los pacientes intervenidos de cirugía de catarata en el Hospital Nuestra Señora de Gracia que alcancen en la última revisión postoperatoria una agudeza visual con corrección de al menos 0,8.

MÉTODO

Para llevar a cabo el análisis se utilizarán las pruebas realizadas tanto en la visita preoperatoria (biometría ocular) como en la revisión de alta postoperatoria (refracción). Tras la última visita, el personal incluirá los resultados en una base de datos propia, para su posterior análisis estadístico. No se generarán revisiones extras ni pruebas complementarias a las que se realizan habitualmente a los pacientes.

INDICADORES

Comparación del equivalente esférico teórico con la refracción subjetiva final, para cada una de las fórmulas y de los grupos a analizar (en función de los parámetros biométricos).

DURACIÓN

De marzo a diciembre de 2019 con posibilidad de continuación según los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 - 2018/1179

1. TÍTULO

TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MARTINEZ MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ORTOGERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA
BORRAZ ABARDIA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REPARTO DE TAREAS (BUSCAR FOTOS, MAQUETAR, REDACCION)
REUNIONES VARIAS PARA UNIFICAR CIRTERIOS, DISEÑAR FORMATO Y VER RESULTADOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HEMOS GENERADO UN DOCUMENTO DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES.
PROPORCIONAMOS UNA INFORMACION MUY DEMANDADA POR FAMILIARES QUE NO LA TENIAMOS PROTOCOLIZADA
EL DOCUMENTO O TRIPTICO SE DA A TODOS LOS PACIENTES A SU LLEGADA ALSERVICIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL EQUIPO CONSIDERA QUE LA INFORMACION DADA ES UN CONJUNTO DE LA INFORMACION QUE DEMANDA EL PACIENTE Y FAMILIAR AL INGRESO.
EL TRIPTICO ES UNA HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIARES.
ES FUNDAMENTAL QUE SE LES DE A TODOS LOS PACIENTES.
QUEDA PENDIENTE HACER UN SEGUIMIENTO EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE SU DISTRIBUCION, EL EQUIPO CONSIDERA REALIZARLO A LO LARGO DEL AÑO PARA QUE FORME PARTE DE UNA DE LAS ACTIVIDADES A CUMPLIMENTAR POR EL PERSONAL EN EL INGRESO DEL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1179 ===== ***

Nº de registro: 1179

Título
TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

Autores:
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES, GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA, HERNANDEZ LANGARITA JAVIER, BORRAZ ABADRIA MARIA FELISA

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: FRACTURAS DE CADERA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes que ingresan en la unidad de orto geriatría, son pluripatológicos en general y añadir la fractura de cadera, da lugar a una delicada situación tanto para pacientes como familiares difícil de afrontar, que les genera miedo, ansiedad y desconocimiento de como sobrellevarla. Al ingreso se les informa por parte del personal médico y de enfermería de las necesidades y situaciones que suelen darse en este tipo de patología, así como de los horarios y pautas protocolizadas para una eficiente recuperación. Pero tanto al familiar como a los pacientes les cuesta asimilar toda la información, por lo que consideramos que es mucho más eficaz hacerlo a través de un tríptico donde quede plasmada de forma clara y concisa esta información.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1179

1. TÍTULO

TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

Mejorar la información.
Hacer llegar la información a todos los pacientes que ingresan en la unidad.
Informar de una forma clara y concisa al paciente y familiares que ingresan en la unidad de orto geriatría de las pautas, necesidades y recomendaciones para una eficaz recuperación.

MÉTODO

Recoger y actualizar toda la información que se da al ingreso del paciente tanto escrita como oral y consensuar entre el equipo la más adecuada. Se realizaran dos reuniones 1ª al inicio para aunar la información y agruparla para el diseño del tríptico, repartir el trabajo de diseño en cuanto a plantilla y fotos y/o dibujos. 2ª reunión donde se presente el boceto y realicen los cambios si fueran necesarios.

INDICADORES

Conseguir ofrecer el tríptico a todos los ingresos de la unidad. 100%
Porcentaje de satisfacción del usuario en cuanto a la información dada a través de entrevista
Evaluación se plantearía para un posterior proyecto.

DURACIÓN

1ª reunión mayo de 2018
2ª reunión noviembre de 2018
Presentación final del documento en enero 2019

OBSERVACIONES

La unidad de orto geriatría acoge a los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0263

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE CELADORES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL TELLA MARIN
· Profesión CELADOR/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ORTOGERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLA MONTALVO MIGUEL
GARCIA MEDINA PILAR
NAVARRO ARNAS JAVIER
MONTERDE JAULIN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza cronograma de actividades que se realizan en el servicio.

Se instala en el ordenador de la planta un PDF con toda la información para ser consultado por los celadores de paso por la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha informado a los celadores de paso por la unidad de la existencia del cronograma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cronograma se ha realizado entre los celadores del servicio poniendo en comun las ideas para realizar mejor nuestro trabajo. Consideramos que lo mas importante, ya que es lo que mas dudas genera al personal de paso, es el apartado que se refiere a la movilizacion.

Se le entrega el documento realizado al Jefe de Celadores para que pueda entregar copia a los celadores que sustituyen a los del servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/263 ===== ***

Nº de registro: 0263

Título
GUIA DE CRONOGRAMA DE CELADORES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA

Autores:
TELLA MARIN ISABEL, VILLA MONTAVA MIGUEL, GARCIA MEDINA PILAR, NAVARRO ARNAS JAVIER, MONTERDE JAULIN CARLOS

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: geriatría, cirugía
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL ULTIMO AÑO EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA HA ACOGIDO A PACIENTES GERIATRICOS DE FORMA MAS CONTINUA A COMO LO VENIA HACIENDO, DANDO LUGAR A UNA REDISTRIBUCION DEL TRABAJO DESARROLLADO ANTERIORMENTE CON PACIENTES INTERVENIDOS DE CADERA Y PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE ORL TRES VECES POR SEMANA. UTILIZANDO LOS MISMOS RECURSOS. POR TODO CONSIDERAMOS MUY NECESARIO ACTUALIZAR UN CRONOGRAMA DE LAS TAREAS REALIZADAS HASTA AHORA PARA PODER UNIFICAR CRITERIOS ENTRE LOS CELADORES DE LA UNIDAD Y TENER UN DOCUMENTO DE INFORMACION Y FORMACION PARA LAS/OS CELADORES QUE SE PUE DAN INCORAPORAR A LA UNIDAD TANTO DE FORMA TEMPORAL COMO DEFINITIVA.

RESULTADOS ESPERADOS
DISTRIBUIR EL TRABAJO A LO LARGO DE LOS TRES TURNOS DE FORMA EFICIENTE Y EFICAZ.
MEJORAR LA EFICIENCIA EN LA CALIDAD DE CUIDADOS A LOS PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRA UNIDAD.
FORMAR E INFORMAR A TODOS AQUELLAS/OS CELADORES QUE ENTREN EN LA UNIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0263

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAMA DE CELADORES EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA Y CIRUGIA

MÉTODO

A LO LARGO DEL AÑO LAS/OS CELADORES DE LA UNIDAD IRAN APORTANDO IDEAS QUE SE ANOTARAN EN UNA HOJA EXCEL DISPUESTA EN ORDENADOR DEL TRABJO. EL EQUIPO REALIZARA TRES REUNIONES EN EL AÑO PARA IR RECOGIENDO LAS IDEAS Y VALORAR QUE SU INTRODUCCION EN EL CRONOGRAMA CUMPLE LOS OBJETIVOS DE SER EFICACES Y EFICIENTES, Y A SU VEZ PODER IR UNIFICANDO CRITERIOS. YA EN LA ULTIMA REUNION: SE CONFIGURARÁ EL CRONOGRAMA DEFINITIVO

INDICADORES

% CELADORES/AS QUE SE LES HA PRESENTADO EL DOCUMENTO TANTO DE LA UNIDAD COMO DE PASO POR LA UNIDAD.
VALORACION DE LA EFICACIA DEL DOCUMENTO POR ENCUESTA DE VALORACION.

DURACIÓN

PROYECTO SE INICIARÁ CON UNA PRIMERA REUNION EN MARZO PARA CONIGURAR LA PAGINA EXCEL Y DEJARLA PREPARADA PARA ANOTACIONES DE NUEVAS IDEAS Y SE COLGARÁ EL CRONOGRAMA CON LAS TAREAS MAS GENERALES DE LOS TRES TURNOS. 2ª REUNION EN JUNIO DONDE SE REVISARÁ LAS IDEAS APORTADAS HASTA EL MOMENTO EN NOVIEMBRE-DICIEMBRE SE REALIZARÁ LA ULTIMA REUNION PARA SU CONFIGURACION DEFINITIVA. AÑO 2020 IMPLEMENTARLO EN EL SERVICIO Y CONFECIONAR Y VALORAR LA ENCUESTA DE VALORACION.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1786

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 - 2019/0253

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ANA HERRERO EGEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una sesión conjunta entre un representante del Servicio de Anestesia y todos los médicos del Servicio de Otorrinolaringología, en la que se ha explicado el protocolo a seguir en pacientes tratados con anticoagulación y/o antiagregación. Se ha elaborado un documento con el objetivo de que todos los médicos sepamos que tratamientos hay que suspender y en qué circunstancias hay que suspenderlos, dependiendo del tipo de cirugía, riesgo trombotico del paciente y/o riesgo hemorrágico del mismo; en el que especifica cada una de las actuaciones. También disponemos de algoritmos y esquemas en los que se pauta, dependiendo del fármaco, cuantos días antes de la cirugía hay que suspenderlos, si hay o no que suspenderlos, o si se sustituye por otro fármaco. Se ha recalado que esas pautas se las explicara al paciente el especialista en Anestesia en la consulta previa a la cirugía. En el caso que tenga un riesgo trombotico y/o hemorrágico adicional, se hará hoja de consulta al Servicio de Hematología.

En los procedimientos quirúrgicos de urgencia, también se han establecido las pautas a seguir por todos los médicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La realización de este proyecto ha permitido disminuir el número de suspensiones de pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente por inadecuada aplicación de las recomendaciones en individuos anticoagulados y/o antiagregados. Si los pacientes no se suspenden, están más satisfechos por la asistencia recibida y el índice de ocupación de quirófano es favorable. Si todos los médicos que atendemos al paciente conocemos la pauta de actuación en estas personas, podemos informarle al paciente y prevenir posibles suspensiones quirúrgicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las reuniones conjuntas con otros Servicios permiten enriquecernos científicamente a todos los médicos que prestamos asistencia sanitaria, y consecuentemente, mejorar nuestra calidad asistencial. El proyecto es sostenible, ya que disponemos de un documento en el que están las recomendaciones de actuación y se podría extender a otros servicios, revisando las circunstancias de la cirugía y del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/253 ===== ***

Nº de registro: 0253

Título
PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Autores:
HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Patología otorrinolaringológica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0253

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTICOAGULACION EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Los pacientes anticoagulados o antiagregados que van a ser sometidos a intervención quirúrgica por parte del Otorrinolaringólogo, a veces tienen que suspender este tipo de tratamientos los días previos. En ocasiones se derivan a Hematología o a Anestesia para que le de las pautas correctas. Ha habido casos en los que no está claro que especialista es el que tiene que hacer esa recomendación.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un documento de cuando suspender la anticoagulación y/o antiagregación en pacientes que toman esta medicación y van a ser operado por parte del Servicio de Otorrinolaringología.

MÉTODO

Hacer una sesión conjunta con Hematología y Anestesia en la que elaboremos las pautas de suspensión de estos tratamientos anticoagulantes en pacientes sometidos a cirugía. Hacer hincapié en que especialista tiene que dar esas pautas a los pacientes.

INDICADORES

Pacientes en los que se ha suspendido la cirugía por no realizar bien las pautas de anticoagulación.
Pacientes operados que han realizado correctamente la pauta de anticoagulación.

DURACIÓN

En el primer semestre del 2019 se llevará a cabo la sesión conjunta con Hematología y Anestesia para elaborar las pautas en la anticoagulación antes de la cirugía otorrinolaringológica y las directrices en las explicaciones al paciente.
En el segundo semestre se llevará a cabo lo acordado en ese documento de actuación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1035

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE ALEJANDRO URCOLA MONREAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. POOL ENFERMERIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio de las diferentes alternativas de entornos de programación para creación de aplicaciones móviles. (Enero y febrero de 2019)

Prueba de diferentes métodos de creación de aplicaciones móviles. (Marzo y Abril de 2019)

Elección del método de programación de aplicación móvil: APP INVENTOR (Abril de 2019)

Inicio, familiarización y desarrollo de la interfaz de la aplicación (Mayo y Junio de 2019)

Desarrollo de la aplicación móvil: se recoge la información de la distribución de carga de trabajo y reparto de las tareas en todas las plantas del hospital nuestra señora de gracia. Falta por añadir los servicios de consultas externas y ampliar las opciones de la aplicación. (Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre de 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se estudia los diferentes entornos de programación y desarrollo de aplicaciones de móvil.

Se desarrolla una aplicación móvil en fase beta con un entorno sencillo.

Se añade la información relativa a las diferentes plantas del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente terminar de incorporar la información relativa a las consultas externas del hospital.

Queda pendiente investigar mejoras en la aplicación para simplificar su manejo.

Queda pendiente conocer la opinión del resto de los trabajadores del hospital sobre la aplicación.

7. OBSERVACIONES.

Resulta complicado avanzar en el proyecto de mejora debido a la complejidad del mismo y a haber cambiado de contrato de trabajo, y por tanto, de hospital.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1035 ===== ***

Nº de registro: 1035

Título
DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
URCOLA MONREAL ALEJANDRO

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: Ninguna patología
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:-----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1035

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETORNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de corretornos implica tener unos conocimientos globales sobre el funcionamiento de todos los servicios del hospital. Por ello, el año pasado se creó un Manual de Acogida que recoge las generalidades de cada uno de los servicios.

Con el fin de prestar unos cuidados de calidad, cada uno de los servicios del hospital actualiza sus protocolos, procedimientos, infraestructura, etc y el personal del servicio de corretornos debe conocer estos cambios y adaptar su forma de trabajar.

Para facilitar los conocimientos necesarios a todo el personal de este servicio, la creación de una aplicación de móvil o página web constituiría una herramienta muy eficaz debido a que hoy en día casi la totalidad de las personas dispone de acceso a internet.

Se propone crear una aplicación de móvil compatible con Android e IOs o una página web que permita visualizar de forma sencilla este contenido. Para ello se valorará emplear una plataforma de diseño web o de aplicación móvil que agilice el trabajo. Una vez puesta en marcha la aplicación o página web se llevará a cabo una evaluación de la misma por parte del personal del servicio de corretornos.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: desarrollar una aplicación o página web que permita al servicio de corretornos desarrollar sus funciones de una forma más eficaz, al disponer de toda la información de los diferentes servicios del hospital en un soporte informático.

Objetivos secundarios:

Aumentar la satisfacción laboral del personal de corretornos del hospital provincial proporcionando una herramienta de trabajo que permita conocer más en profundidad los servicios del hospital.

Actualizar la práctica de la enfermería mediante el uso de nuevas tecnologías.

Ayudar en la integración del hospital a personal recién incorporado al servicio de corretornos.

Favorecer la práctica de enfermería basada en la evidencia utilizando en el trabajo diario guías de práctica clínica y protocolos de actuación recogidos en el manual de acogida.

MÉTODO

- 1.- Búsqueda de entornos de programación que permitan crear una aplicación móvil en IOs y Android o una página web.
- 2.- Estudio de los diferentes entornos de programación para encontrar el más adecuado y valorar si es más conveniente realizar una página web o una aplicación de móvil.
- 3.- Diseño en papel de la aplicación de móvil o página web con sus diferentes secciones, pestañas y relaciones entre sí.
- 4.- Programación y creación de la aplicación de móvil o página web.
- 5.- Publicación de la página web o aplicación móvil en internet y distribución al personal sanitario.
- 6.- Valoración de los usuarios de la aplicación o página web mediante un cuestionario.

INDICADORES

Para medir la utilidad de la aplicación se ofrecerá el uso de la herramienta al personal del servicio de corretornos del hospital.

Se considerará un resultado correcto una cobertura superior al 50% del personal del servicio de corretornos.

Se considerará un resultado correcto que el 100% de los supervisores conozcan la existencia de la aplicación. El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora de la aplicación o página web pasarán a formar parte de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN

Se considera que es necesario un plazo mínimo de 10 meses, siendo difícil pronosticar un periodo de tiempo máximo por las complicaciones e imprevistos que puedan surgir durante la creación de esta herramienta. Cronograma de los tiempos de trabajo:

- 1.- Creación del grupo de trabajo (Abril 2019)
- 2.- Búsqueda de entornos de programación, diseño web y valoración de los mismos (Mayo - Junio 2019)
- 3.- Diseño de la aplicación o página web en papel (Junio - Julio 2019)
- 4.- Creación de la aplicación o página web con el entorno de programación elegido (Agosto - Noviembre 2019)
- 5.- Prueba de la herramienta final obtenida en el personal y valoración de los usuarios y supervisores (Diciembre 2019)
- 6.- Evaluación de los indicadores (Enero 2019)
- 7.- Valoración de los resultados (Enero - Febrero 2019)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1035

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UNA APLICACION MOVIL O PAGINA WEB PARA EL SERVICIO DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0452

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 - 2018/0049

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR MOREO BERGADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTO FERRER CARMEN
COARASA CERDAN ANA
TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE
TORRALBA OLLOQUI PALOMA
MARCO LARRAGA ROGELIO
MORENO MARIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un grupo de mejora constituido por profesionales de las tres provincias: médicos coordinadoras del Programa, radiólogos lectores. Para algunas partes del proceso se incluyeron también Técnicos Superiores de Diagnóstico por la Imagen que desarrollan un importante papel en las actividades del Programa y personal administrativo.
Se realizó un mapa general del proceso, delimitando entradas y salidas. Este aspecto es importante porque el cribado de cáncer de mama tiene puntos de contacto y corte con otros procesos asistenciales de primaria y hospitalarios (cribados oportunisticos, proceso diagnóstico patología mamaria).
Se identificaron varios subprocesos, se establecieron los límites y se nombró propietarios. De cada uno de los subprocesos se diseñó indicadores de medida (al menos dos por proceso) con objeto de construir un pequeño cuadro de mando del Programa.
Se priorizaron y se ha documentado el Proceso general "cribado del cáncer de mama" (propietarias médicos coordinadoras del Programa), "Realización de mamografía de cribado" (Propietarios TSDI). Se está trabajando en el proceso administrativo (propietarias coordinadoras médicos del Programa) y en el protocolo radiológico (propietarios radiólogos lectores). Todos tienen, al menos, dos indicadores de medida de calidad del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Proceso PPCM documentado, con responsabilidades delimitadas: SI
- Total de subprocesos documentados: 50 %
o Tasa de participación (estándar > 70 %)= 74,8%
o Tasa de repetición por problemas técnicos (estándar < 1%)= 0.08%
o Tasa de mamografías intermedias (estándar < 5%)= 4,5%
o Tasa de recibidos (estándar < 5%)= 4.1%
o Reclamaciones por trato y/o información recibidas (estándar = 0)= 1

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante actualizar toda la documentación del Programa de Detección precoz del cáncer de mama. El protocolo radiológico es imprescindible actualizarlo porque la técnica ha evolucionado mucho en los últimos tiempos. Está siendo revisado pero el trabajo asistencial retrasa plasmar en un documento esa actualización.
La misma razón retrasa otro de los aspectos que quedan para evaluar la calidad del PPCM: búsqueda y análisis de los cánceres de intervalo.
Medir la calidad de las actividades y valorar el resultado de acuerdo a estándares propuestos previamente, facilita la detección de áreas de mejora, motiva al profesional y proporciona conocimiento real y objetivo de los resultados intermedios del Programa poblacional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/49 ===== ***

Nº de registro: 0049

Título
ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ CANCER DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

Autores:
MOREO BERGADA PILAR, BUSTO FERRER CARMEN, COARASA CERDAN ANA, TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE, TORRALBA OLLOQUI PALOMA, MARCO LARRAGA ROGELIO, MORENO MARIN MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0049

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
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^a Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.

Es un Proceso multidisciplinar, complejo en su organización, que debe asegurar en todo momento la calidad y la continuidad de sus actividades. El proceso se documentó convenientemente en sus inicios tanto en la secuencia de actividades como en sus procedimientos.

En la actualidad y, tras años de funcionamiento, es necesario actualizar el documento introduciendo todos los cambios que se han producido y aprovechando para analizar las secuencias de actividades y consensuar modificaciones si fuera así considerado.

En el Programa de prevención de cáncer de mama participan distintos Servicios, de distintos sectores y hospitales, también distintas categorías profesionales. Esta circunstancia enriquece el trabajo, añade un reto para asegurar la continuidad y el seguimiento y hace que sea muy importante delimitar las responsabilidades en cada paso del proceso y en la coordinación de todos ellos.

Tras haber documentado el proceso general de Programa de detección precoz de cáncer de mama a nivel autonómico, se hace necesario implementar los criterios consensuados a nivel provincial, recogiendo las peculiaridades de infraestructuras y de personal de las diferentes unidades de gestión

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos tener documentado el PPCM en la Unidad de Gestión de Zaragoza, con sus subprocesos identificados y con un pequeño cuadro de mandos con los indicadores de cada uno de ellos medidos periódicamente

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 en la unidad de gestión de Zaragoza integrado, al menos por las Médicos de gestión y los radiólogos lectores del Programa. En alguno de los subprocesos se incluirá también profesionales imprescindibles en sus actividades (Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico, Auxiliar de clínica y Auxiliares administrativos)

- ? Realizar un mapa general del proceso
- ? Someter a la valoración de todos los profesionales de la Unidad de gestión de Zaragoza del PPCM el mapa realizado
- ? Identificar los subprocesos del Programa
- ? Priorizar aquellos subprocesos que sean más prioritarios para comenzar con ellos la documentación
- ? Nombrar propietarios de los procesos
- ? Identificar indicadores de medida de cada uno de los subprocesos

INDICADORES

- ? Mapa del proceso PPCM realizado SI / NO
- ? Subprocesos identificados SI / NO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0049

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

? Identificación de, al menos, 1 indicador / proceso SI / NO

DURACIÓN

? Creación grupo de mejora: Abril 2018
? Mapa de proceso: Mayo 2018
? Subprocesos identificados y priorizados y documentados: Tercer trimestre 2018
? Indicadores seleccionados: medida trimestral
?

OBSERVACIONES

El Programa de Detección Precoz de cáncer de Mama sigue los criterios marcados por la Unión Europea, Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003, el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0134

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFÍAS DE CRIBADO Y RECRIBADO INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ANA COARASA CERDAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONGE DE MIGUEL JACINTO
ANDRES GARCIA PILAR
LANAU PUEYO MARIA JOSE
FRANCO CATALAN CONCEPCION
RODRIGO VILLAMOR FRANCISCO JOSE
FRANCO PARICIO CARINA
MOREO BERGADA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han seguido las 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 US Preventive Services Task force (2002) y la Guía de la American Society (actualización 2003) y la sociedad española de Radiología. Se identifican los criterios de calidad de la técnica mamográfica de cribado. Se han mantenido reuniones del grupo de mejora con el objetivo de documentar el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico (TER) del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
Se han diseñado indicadores de cada actividad que permiten evaluar la calidad del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mamografías repetidas por problemas técnicos (estándar < 1 %): 0.08%
Subproceso documentado e implantado: SI
% de TER que han participado en la elaboración del proceso (estándar: 100%): 100%
Satisfacción de las usuarias: No se ha medido a través de encuesta. No se ha recibido ninguna reclamación relacionada con la información ni con la atención recibida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante documentar de forma esquemática todo el proceso de detección precoz de cáncer de mama, delimitando, tanto el responsable del subproceso como los responsables de las distintas actividades. Medir la calidad de las actividades y valorar el resultado de acuerdo a estándares propuestos previamente, facilita la detección de áreas de mejora, motiva al profesional y proporciona conocimiento real y objetivo de los resultados intermedios del Programa poblacional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/134 ===== ***

Nº de registro: 0134

Título
CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFÍAS DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

Autores:
COARASA CERDAN ANA, MONGE DE MIGUEL JACINTO, ANDRES GARCIA PILAR, LANAU PUEYO MARIA JOSE, FRANCO CATALAN CONCEPCION, RODRIGO VILLAMOR FRANCISCO JOSE, FRANCO PARICIO CARINA, MOREO BERGADA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0134

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
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 la Unidad fija situada en Hospital N^o Sra de Gracia en Zaragoza o a la Unidad móvil, que se desplaza a las cabeceras de las zonas de salud rurales. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.

Con el trabajo de documentación del proceso que se está realizando, se han identificado subprocesos que precisan de sistematización, documentación y nombramiento de responsables de los mismos.

Uno de los aspectos claves para garantizar la calidad del proceso es realizar las mamografías con técnica correcta según los criterios previamente establecidos y, siempre, con la aprobación del Radiólogo que las interprete. Esta calidad repercute en una imagen mas adecuada para el diagnóstico y evita en gran parte uno de los efectos indeseables del programa que es la repetición de la mamografía por problemas técnicos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Documentar el subproceso "realización de mamografía de cribado y recribados"
- Identificar los criterios de calidad de la mamografía de cribado
- Definir indicadores de calidad del subproceso para evaluar periódicamente la calidad de la mamografía de cribado

MÉTODO

- Se documentará el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
 - Se identificarán los indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso
- Se siguen los criterios marcados por la Unión Europea, Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003, el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

INDICADORES

- ? Mapa del subproceso realizado SI / NO
- ? Existencia del documento del subproceso SI/NO
- ? Mamografías repetidas por problemas técnicos
- ? N° de mamografías con problemas técnicos/N° total de mamografías realizadas (<1%)
- ? Satisfacción de las usuarias con la información recibida acerca de la técnica (% de usuarias satisfechas o muy satisfechas en relación a las que realizan la encuesta) será superior o igual al 90%

DURACIÓN

- Creación grupo de mejora: Abril 2018
- Mapa de proceso: Mayo 2018
- Subprocesos identificados y priorizados y documentados: Tercer trimestre 2018
- Indicadores seleccionados: medida trimestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0134

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1162

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.

MONGE DE MIGUEL JACINTO
ANDRES GARCIA PILAR
LANAU PUEYO MARIA JOSE
RODRIGO VILLAMAYOR FRANCISCO JOSE
FRANCO CATALAN CONCEPCION
BRINQUIS FELICES ISABEL
BLANCO LATORRE MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, tiene medias indirectas que indican una elevada satisfacción de la población diana: la propia adherencia al Programa de las usuarias, las opiniones de los profesionales sanitarios e incluso la repercusión en medios de comunicación y otros foros.

En 2019 se ha pretendido medir de la forma lo más objetiva posible esta satisfacción de las usuarias, y poder detectar áreas de mejora preguntando directamente a la mujer, mediante una encuesta de satisfacción única para las Comunidad Autónoma, aunque el programa tiene unidades de coordinación en el ámbito de la provincia y los resultados se analizan en este ámbito.

Febrero-abril 2019, consulta y búsqueda bibliográfica de encuestas realizadas en los programas de cribado mamográfico y se elabora un diseño de borrador consensuado por las responsables de las tres provincias.

Mayo de 2019, reunión de equipo de las responsables del programa de las tres provincias, para consensuar criterios, diseñar un formato único, y concretar la metodología. Se invita a la mujer que acuda a hacerse mamografía a la Unidad Móvil y Fija a que rellene una encuesta anónima y voluntaria, que se depositará en una urna de cartón precintada instalada fuera del habitáculo de trabajo. consta de 8 preguntas cerradas a contestar con cruces y una abierta para recoger sugerencias de mejora en áreas no exploradas.

Junio 2019, reunión de equipo de trabajo en cada una de las tres provincias (auxiliares administrativos, Técnicos de radiodiagnóstico, y médico responsable del programa), para explicar metodología de la encuesta y aportar sugerencias

Septiembre 2019, se diseña una urna, precintada, y un cartel invitando a participar a las usuarias con el lema: "Ayúdanos a mejorar, tu opinión nos interesa. Cumplimenta la encuesta. Gracias por colaborar".

Cuarto trimestre inicio y desarrollo del trabajo de campo en unidades de cribado mamográfico

Diciembre: recogida de las encuestas (Técnicos especialistas en radiodiagnóstico en la Unidad Móvil), registro en Excel XP para explorar los datos de la encuesta (auxiliar administrativo), y evaluación final por parte de la responsable del programa.

Enero de 2020, está previsto reunión de las responsables de las tres provincias, para valoración final y resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Zaragoza se han realizado 75 encuestas en la Unidad Móvil (zonas de Salud de Sástago y Tauste) y 105 en la Fija (Hospital Ntra. Sra. de Gracia, zonas de salud urbanas).

La participación sucesiva regular (Tasa de adhesión) en el programa es de 92,5%.

ACCESIBILIDAD: % Satisfacción con la información que se proporciona:

El contenido de la carta pareció claro y comprensible: 96,7% (ninguna respuesta negativa, el resto hasta 100% en blanco).

En caso de contactar por teléfono: el 15 % tuvo que hacer más de un intento para contactar. Es importante que 5 % no pudieron contactar telefónicamente

El correo electrónico: Un 6,1 % afirman haberlo utilizado y opinan que se contestó rápidamente

RESPECTO Y CUIDADO DEL PACIENTE: % de las mujeres que están satisfechas con el trato recibido:

98,9 % con mucha amabilidad o correcto; 81,7 % mucha amabilidad, y el 17,2 % correcto

CONFORTABILIDAD: % de mujeres que valoran positivamente.

El 22,8 % muy cómodo

el 57,8 % bastante cómodo; 18,3 % poco cómodo (la mayoría se refieren a la unidad móvil)

DEMORA RESULTADOS (Percepción)

60 % de mujeres les parece adecuado el tiempo que tardan en recibir los resultados, 0,6% opinan que excesivamente largo. Un 20,6% no contestó la pregunta.

VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA: % global de grado de satisfacción del Programa

satisfechas o muy satisfechas el 98%, (el 64% muy satisfechas)

SUGERENCIAS RECOGIDAS EN LA ENCUESTA (pregunta abierta)

- Unidad móvil: quejas sobre el lugar de espera (5/75)

El resto de sugerencias van relacionadas con criterios técnicos en los que la opinión de la usuaria es menos valorable (hacer mamografías anuales, disminuir el dolor...)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Alta satisfacción global del programa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1162

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

-Es necesario mejorar la accesibilidad telefónica. Consideramos que es poco deseable que un 5 % de las usuarias no hayan podido acceder telefónicamente. El correo electrónico se empieza a utilizar y es útil para mejorar la accesibilidad.

- El respeto y cuidado es valorado positivamente.

-La confortabilidad es bien valorada en la Unidad Fija. En la móvil puede haber margen de mejora, a valorar dado lo reducido del espacio.

- El tiempo de demora de resultados es valorado globalmente como favorable, pero es de interés explorar los tiempos del proceso completo de resultados

La información de la encuesta de satisfacción nos es muy valiosa para mejorar los procesos de atención. Revela áreas de oportunidad, potencia los aciertos, favorece la fidelización porque las usuarias saben que se escucha su voz y que preocupa mejorar. La innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares ni costosas, pararse a pensar en la organización del trabajo y explorar la opinión de los usuarios, permite hacer cambios en el entorno que mejoran la calidad de la asistencia que se presta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1162 ===== ***

Nº de registro: 1162

Título

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PDPCM MEDIANTE ENSUESTA DE SATISFACCION

Autores:

MOREO BERGADA PILAR, MONGE DE MIGUEL JACINTO, ANDRES GARCIA PILAR, LANAU PUEYO MARIA JOSE, RODRIGO VILLAMOR FRANCISCO JOSE, FRANCO CATALAN CONCEPCION, BRINQUIS FELICES ISABEL, BLANCO LATORRE MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Detección precoz cáncer de mama
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Satisfacción

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Programa de detección precoz de cáncer de mama en Aragón comenzó a finales de 1996 y se extendió de forma progresiva a toda la Comunidad Autónoma hasta alcanzar una cobertura total en 1999. Su misión se basa en detectar precozmente el cáncer de mama para lograr una mayor supervivencia y una mejor calidad de vida en mujeres de la población diana (50 a 69 años residentes en Aragón).

Se trabaja en dos unidades fijas (Zaragoza y Huesca) y tres unidades móviles provistas de mamógrafo que se desplazan a todas las cabeceras de Zona de Salud de Aragón mejoran la accesibilidad de las usuarias al Programa de forma fundamental, siendo este uno de los motivos que contribuyen a una valoración muy positiva por parte de usuarias, profesionales sanitarios y también por la población general.

Se tienen medidas indirectas de esta satisfacción a lo largo del tiempo: la propia adherencia al programa, comentarios de prensa, felicitaciones verbales y telefónicas... Pero también se han recogido sugerencias y reclamaciones que, aunque escasas, son la demostración objetiva de que es necesario mejorar en algunos aspectos como en la accesibilidad telefónica, pero sobre todo en el trato a la usuaria y en la información que se le proporciona.

Se pretende en 2019 medir de forma lo más objetiva posible esa satisfacción de las usuarias y detectar áreas de mejora preguntando directamente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Medir la satisfacción de la usuaria del PDPCM:
- o Con la información que se le proporciona
- o Con el trato personal que recibe (amabilidad, educación, cortesía)
- o Con la espera para realizar la prueba
- o Con la confortabilidad de las instalaciones
- o Con los plazos de demora de resultados
- Detectar áreas de mejora de forma objetiva

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1162

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

MÉTODO

Se va a diseñar una encuesta, corta, visual, anónima. Preguntando por los aspectos que se pretende testar, valorando hacerlo a través de una escala Likert o algún sistema de la misma sencillez. Se entregará la encuesta a la usuaria cuando acuda a realizarse la mamografía, dándole la oportunidad de depositarla en una urna o buzón colocado fuera del recinto para facilitar el anonimato y dar mayor libertad de respuesta a la señora.

La encuesta terminará con una pregunta abierta, general para poder detectar mejoras en áreas no exploradas directamente.

Análisis estadístico de las encuestas recogidas

INDICADORES

% participación sucesiva regular (separada por provincias) > 85%

% satisfacción con la información que se proporciona >90%

% mujeres satisfechas con el trato >95%

% mujeres satisfechas con la espera >90%

% mujeres que valoran positivamente la confortabilidad de las instalaciones (Unidad móvil>80%; Unidad fija >90%)

% mujeres satisfechas con la demora en recibir resultados >80%

DURACIÓN

1º y 2º trimestre: Diseño de la Encuesta

Mayo / Noviembre: se invitará a todas las participantes en el Programa a responder la encuesta

Diciembre: análisis estadístico de las encuestas, identificación de áreas de mejora y planificar actividades para la mejora

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 - 2016/0850

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
TOMEIO 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 - 2018/0940

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL MARTINEZ PLANAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL CELESTE
ORNAT PILAR
TOMELO MONICA
LUNA TOLOSA ELENA
MUÑOZ MERCEDES
SORO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO (MESES JUNIO Y JULIO)
- PUESTA EN COMUN CON EQUIPO DE MEJORA Y MODIFICACIONES (JULIO)
- ORGANIZACION DEL SISTEMA DE VISITAS GUIADAS (SEPTIEMBRE)
- ACTUALIZACION DEL CONTRATO TERAPEUTICO EN DOS REUNIONES CELEBRADAS EN MESES DE OCTUBRE Y NOVIEMBRE
- MONITORIZACION DE ENTREGA DEL TRIPTICO
- EVALUACION DE RESULTADOS OBTENIDOS (NOVIEMBRE- DICIEMBRE)
- CONCLUSIONES Y MEMORIA (FEBRERO)
EL CALENDARIO PROPUESTO SE HA CUMPLIDO.
LA DIFUSION DEL PROYECTO A LOS PROFESIONALES SE HA HECHO A TRAVES DE SESION CLINICA Y A LOS PACIENTES A TRAVES DE INTERVENCION EN CONSULTA INDIVIDUAL.
PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO SE HA ELABORADO UN TRIPTICO INFORMATIVO Y UN DOCUMENTO DE CONTRATO TERAPEUTICO NUEVO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- EL 100% DE LOS PACIENTES HA RECIBIDO TRIPTICO INFORMATIVO
- EL 92% DE LOS PACIENTES HA VISITADO EL DISPOSITIVO DE FORMA PREVIA AL INGRESO
- SE HAN REALIZADO 4 REUNIONES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DURANTE LA REALIZACION DEL PROYECTO DE MEJORA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de la visita guiada ha supuesto un aumento en los niveles de satisfacción de los pacientes, ya que supone una disminución de los niveles de ansiedad previos al ingreso. El conocer tanto al equipo como el espacio físico de hospital de día hace que los pacientes aumenten su alianza con el dispositivo.
El elaborar un tríptico informativo sirve de apoyo a la información que se da durante la visita guiada y ayuda a la resolución de posibles dudas.
La revisión del contrato terapéutico ha servido para actualizar algunos aspectos y renovar el formato, acortando su extensión e incidiendo en determinados aspectos relevantes para el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/940 ===== ***

Nº de registro: 0940

Título
ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD (UTCA-TP) EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
MARTINEZ PLANAS ISABEL, MUÑOZ CALVO MERCEDES, GIL SILVA CELESTE, ORNAT JORDAN PILAR, TOMELO FERRER MONICA, SORO RAMIA PILAR, LUNA TOLOSA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0940

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Evaluado un proyecto de mejora de la calidad en el servicio denominado: "Evaluación de la percepción subjetiva de satisfacción de los usuarios del Hospital de día de la Unidad de trastornos alimentarios del hospital Nuestra Señora de Gracia"(presentado en la convocatoria 2017), encontramos que los pacientes hubieran agradecido conocer de antemano aspectos como la estructura física del dispositivo, equipo integrante del mismo y organización de la actividad asistencial diaria. Las líneas estratégicas del salud además priorizan las intervenciones que favorecen la adherencia a los tratamientos en pacientes de salud mental. Una buena adherencia previene recaídas, reducción de las visitas a los servicios de urgencia y evita reingresos con lo coste efectivo que supone para el sistema.

RESULTADOS ESPERADOS
Los pacientes visitaran el dispositivo antes de su ingreso en el mismo
Los pacientes conocerán las normas del dispositivo
Los pacientes sabrán que tipo de tratamientos y actividades asistenciales van a realizar
Los pacientes conocerán a los miembros del equipo

MÉTODO
Elaboración de un triptico explicativo de funcionamiento del dispositivo
Puesta en común con el equipo de mejora y realización de las modificaciones oportunas
Planificar en que va a consistir la visita guiada al paciente y que profesional la va a realizar
Organizar 2 reuniones de revisión del contenido del contrato terapéutico corrigiendo aquellos aspectos no actualizados
Monitorizar la entrega del triptico facilitando al paciente un teléfono para la resolución de dudas
Evaluación de los resultados obtenidos
Elaboración de las conclusiones y memoria del proyecto

INDICADORES
El 90% de los pacientes recibirán el triptico informativo
El 90% de los pacientes visitaran el dispositivo previo al ingreso
Se realizara un mínimo de 4 reuniones de equipo para revisión del contrato terapéutico, seguimiento del proyecto y evaluación

DURACIÓN
La elaboración del triptico comenzara en Junio de 2017, con una duración de un mes
En Julio revisión del borrador del triptico e impresión de los ejemplares
En septiembre inicio de reparto del nuevo triptico y de la visita guiada al dispositivo
En octubre revisión del contenido del contrato terapéutico y realización de modificaciones durante un mes.
En noviembre reunión de evaluación y en diciembre presentación de la memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0940

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) Y SUS FAMILIARES

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA TOMELO FERRER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GARCIA ESTELA
HORNIA DURO MARIA CARMEN
GALAN SAN MARTIN ANA MARIA
GARCIA ALDA BEGOÑA
GOMEZ ALVAREZ AZUCENA
ORNAT JORDAN PILAR
SOLANS GARCIA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- ELABORACIÓN DEL TRIPTICO DE ACOGIDA.
- LA MUESTRA SELECCIONADA SON LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UTPCA Y FAMILIARES.
- ENTREGA DEL TRIPTICO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EL DÍA DEL INGRESO AL PACIENTE Y FAMILIA.
- INFORMACION AL PERSONAL DEL SERVICIO DEL TRIPTICO ELABORADO MEDIANTE REUNIONES DE EQUIPO.
- ELABORACION Y ENTREGA DE ENCUESTA DE SATISFACCION A PACIENTE Y FAMILIARES.
- RECOGIDA DE ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS 5 DIAS DE INGRESO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO al 100%
- Reunión de Equipo para creación de grupo de trabajo: mayo 2019
- reunión de equipo para consensuar criterios, revisión de otros trípticos y demás documentos: mayo 2019
- Elaboración del tríptico y encuesta de satisfacción: junio de 2019
- Elaboración de power point para la presentación del documento a todo el equipo.
- Presentación del tríptico en la Unidad: junio de 2019.
- Distribución del tríptico: octubre de 2019.
- Entrega de las encuestas el quinto día de ingreso: octubre de 2019.
- Recogida de datos mediante encuesta: desde octubre 2019 hasta enero 2020
- Realización de memoria y conclusiones: enero 2020.

MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO:
- El material utilizado tanto en el diseño del tríptico como en la encuesta ha sido mediante formato papel.
- Se ha utilizado soporte digital a través del formato power point para la difusión de la información entre los profesionales del equipo

RESULTADOS ALCANZADOS: :
- Al 100% de los pacientes y familiares les ha sido entregado el tríptico y encuesta de satisfacción.
- Un 85/% de los pacientes y familiares rellenan la encuesta de satisfacción.
- Los pacientes y sus familias al recibir información breve y concisa del funcionamiento de la unidad, se sienten menos ansiosos y más seguros en un entorno que a priori desconocen.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Dada la peculiaridad de la unidad, en la cual se realizan pocos ingresos ya que su estancia es de dos o tres meses, la muestra de pacientes es pequeña.
- La valoración global del proyecto por parte del equipo implicado es positiva.
- según los resultados obtenidos consideramos que el tríptico de acogida es una herramienta útil para transmitir una gran cantidad de información al paciente y su familia a su llegada a unidad.
- Podemos afirmar que los pacientes y su familia se sienten mejor informados. Estamos satisfechos con la acogida del tríptico y los resultados obtenidos hasta el momento.
- Como conclusión general podemos decir que la utilidad del tríptico ha sido beneficiosa para el paciente y su familia.

7. OBSERVACIONES.
Este tríptico forma parte y está incluido en la documentación informativa de la unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0940

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) Y SUS FAMILIARES

*** ===== Resumen del proyecto 2018/940 ===== ***

Nº de registro: 0940

Título
ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD (UTCA-TP) EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
MARTINEZ PLANAS ISABEL, MUÑOZ CALVO MERCEDES, GIL SILVA CELESTE, ORNAT JORDAN PILAR, TOMELO FERRER MONICA, SORO RAMIA PILAR, LUNA TOLOSA ELENA

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:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Evaluado un proyecto de mejora de la calidad en el servicio denominado: "Evaluación de la percepción subjetiva de satisfacción de los usuarios del Hospital de día de la Unidad de trastornos alimentarios del hospital Nuestra Señora de Gracia"(presentado en la convocatoria 2017), encontramos que los pacientes hubieran agradecido conocer de antemano aspectos como la estructura física del dispositivo, equipo integrante del mismo y organización de la actividad asistencial diaria. Las líneas estratégicas del salud además priorizan las intervenciones que favorecen la adherencia a los tratamientos en pacientes de salud mental. Una buena adherencia previene recaídas, reducción de las visitas a los servicios de urgencia y evita reingresos con lo coste efectivo que supone para el sistema.

RESULTADOS ESPERADOS
Los pacientes visitaran el dispositivo antes de su ingreso en el mismo
Los pacientes conocerán las normas del dispositivo
Los pacientes sabrán que tipo de tratamientos y actividades asistenciales van a realizar
Los pacientes conocerán a los miembros del equipo

MÉTODO
Elaboración de un triptico explicativo de funcionamiento del dispositivo
Puesta en común con el equipo de mejora y realización de las modificaciones oportunas
Planificar en que va a consistir la visita guiada al paciente y que profesional la va a realizar
Organizar 2 reuniones de revisión del contenido del contrato terapéutico corrigiendo aquellos aspectos no actualizados
Monitorizar la entrega del triptico facilitando al paciente un teléfono para la resolución de dudas
Evaluación de los resultados obtenidos
Elaboración de las conclusiones y memoria del proyecto

INDICADORES
El 90% de los pacientes recibirán el triptico informativo
El 90% de los pacientes visitaran el dispositivo previo al ingreso
Se realizara un mínimo de 4 reuniones de equipo para revisión del contrato terapéutico, seguimiento del proyecto y evaluación

DURACIÓN
La elaboración del triptico comenzara en Junio de 2017, con una duración de un mes
En Julio revisión del borrador del triptico e impresión de los ejemplares
En septiembre inicio de reparto del nuevo triptico y de la visita guiada al dispositivo
En octubre revisión del contenido del contrato terapéutico y realización de modificaciones durante un mes.
En noviembre reunión de evaluación y en diciembre presentación de la memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0940

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA PARA PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) Y SUS FAMILIARES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0576

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SESIONES GRUPALES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LA U. DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) DEL H NTRA SRA DE GRACIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA MARTIN RIDRUEJO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUINTA AGUZA CRISTINA
SOLANS GARCIA ANA
MARTINEZ PLANAS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo planteado en el proyecto, se han realizado sesiones grupales dirigidas por personal de enfermería especialista en salud mental con contenido psicoeducativo. Las sesiones han tenido una frecuencia semanal, con una duración de la sesión mínima de 90 minutos. Se ha cumplido con el calendario marcado, salvo durante el mes de agosto, en el cual, debido a las vacaciones de los profesionales implicados, se paralizó la actividad. El día de la semana escogido para la actividad fue el miércoles, en horario de 12:30 a 14:00 horas. Cuando ese día ha coincidido con festivos laborables o asistencia a jornadas científicas o cursos por parte de los profesionales implicados, la sesión, en la mayoría de ocasiones se ha cambiado de día de la semana en cuestión, dependiendo de la disponibilidad de la sala donde se desarrolla la actividad. Los recursos empleados se han basado en recursos humanos (2 enfermeras), materiales (sala San Jorge con mesa y sillas, ordenador y proyector) y psicoeducativos. El contenido de las sesiones ha sido muy variado, abarcando temas de habilidades sociales como la empatía y la asertividad, gestión de la ansiedad, mejora del afrontamiento eficaz de problemas, resolución de conflictos, educación para la salud, hábitos de vida saludables y establecimiento de rutinas adecuadas para la prevención de crisis, etc. En todas las sesiones se ha buscado la participación activa de los asistentes, ya sea mediante representación de tipo role playing de casos prácticos propuestos por el personal, o resolución de conflictos de la vida diaria expuestos por los pacientes. Asimismo se han ido resolviendo dudas planteadas sobre los temas expuestos teóricamente. Se han generado múltiples presentaciones teóricas en formato power point para cada sesión con los temas nombrados anteriormente. Cuando los pacientes han solicitado disponer de ese contenido teórico, se les ha enviado vía mail un resumen del mismo. El equipo de enfermería ambulatoria se ha reunido en varias ocasiones para preparar el programa, evaluar su evolución y analizar el impacto en los pacientes y la utilidad de los temas que se iban trabajando. Estaban previstas 3 reuniones, una previa al inicio, a mitad del programa y al finalizar. Se han realizado más reuniones de las previstas durante el desarrollo del programa. En varias de estas reuniones, han participado otros profesionales del equipo ambulatorio como psiquiatra y psicóloga para poder analizar la evolución de algún paciente en concreto y mejorar su seguimiento individual posterior.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados en cuanto a la asistencia de pacientes en el programa ha sido ligeramente menor al planteado inicialmente, que era el 50% de los pacientes en seguimiento en la consulta de enfermería. Debido a múltiples causas, la asistencia ha variado entre un 20 y 40%, dependiendo de los meses. De todos modos, estamos satisfechos con la implicación y la demanda de contenido psicoeducativo de los participantes asiduos y de los intermitentes. Hemos conseguido que varios pacientes con graves dificultades de habilidades sociales consiguieran acudir a alguna sesión e incluso participaran en las mismas. En las 2 encuestas de satisfacción realizadas a mitad y al final del programa, se ha valorado positivamente la existencia y utilidad del mismo. Planteamos que aproximadamente el 90% de nuestros pacientes tuvieran acceso a la información sobre el programa grupal y se ha cumplido el objetivo. Se ha comentado su existencia con prácticamente el 100% de los pacientes. El contenido teórico del programa ha sido preparado con anterioridad por los profesionales responsables de dirigir las sesiones, consultando material didáctico y fuentes bibliográficas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global del proyecto por parte del equipo implicado es positiva. El impacto del contenido teórico sobre los pacientes ha sido observable en el seguimiento de su evolución personal. Podemos afirmar que el material trabajado en el proyecto ha ayudado a los pacientes a modificar conductas inapropiadas y pensamientos distorsionados que les producían gran malestar emocional y problemas en su desarrollo personal y la convivencia familiar. Los pacientes que han asistido a las sesiones, a través de las encuestas de satisfacción y verbalmente a los miembros del equipo ambulatorio, han expresado su gratitud hacia nuestro trabajo y han agradecido la posibilidad de disponer de un espacio de aprendizaje grupal y terapéutico. Han propuesto nuevos temas y han resaltado los del manejo de la ansiedad y pensamientos distorsionados, resolución de conflictos y mejora del afrontamiento eficaz de problemas. Se reconoce la utilidad de las técnicas de role playing, pero son actividades que cuesta realizar debido a la fobia social principalmente, a la inseguridad en cuanto a su valía personal y falta de autoestima.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0576

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SESIONES GRUPALES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LA U. DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) DEL H NTRA SRA DE GRACIA

En general, la atención al contenido teórico explicado por los profesionales ha sido alta, y la participación dinámica de los asistentes ha sido muy buena, aportando variedad y contenido muy útil y práctico para el desarrollo de los temas propuestos.

Tras el parón de las vacaciones en agosto, costó retomar la participación inicial en el programa de sesiones psicoeducativas. Quizás ayudaría, en la mejora de la asistencia a las sesiones, la implicación de todos los profesionales de la unidad en la publicidad del programa y la estimulación a la participación en el mismo.

Si analizamos la asistencia menor a la planteada inicialmente, pensamos que han influido múltiples causas, como la incorporación de los pacientes al mundo laboral, formación específica, voluntariados, tendencia al aislamiento social, etc.

La adherencia y la constancia en actividades duraderas en el tiempo es un hándicap que conocemos en el desarrollo profesional en nuestro ámbito de trabajo (salud mental), pero más en concreto en el tipo de patología con la que trabajamos en la unidad (los trastornos de la personalidad).

Como conclusión general, podemos decir que la utilidad y el impacto de estas actividades psicoeducativas grupales tienen un gran beneficio para el desarrollo de la atención sanitaria a los pacientes de la unidad de trastornos de personalidad. Disponemos de un entorno seguro y propicio para la participación y aprendizaje de temas que los pacientes consideran necesarios para trabajar, mejorar y adquirir seguridad en sí mismos.

Creemos necesaria la continuidad del proyecto para seguir ofreciendo apoyo y formación a los pacientes de nuestra unidad en formato grupal, desde el ámbito de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

Hemos visto a pacientes que no querían intervenir en un primer momento en las sesiones por ideas preconcebidas sobre el contenido teórico y cuando han participado se han sorprendido y han agradecido la asistencia a las mismas.

No se ha repetido el contenido de las sesiones, disponiendo de muchos más temas para abarcar en futuras sesiones. En varias ocasiones, el contenido preparado para una sesión se ha tenido que repartir en 2 o 3 semanas debido a la gran participación de los asistentes.

Se planteaban sesiones de 90 minutos de duración, pero en aproximadamente el 80% de las sesiones el tiempo se ha extendido hasta los 120 minutos debido a la participación productiva y dinámica de los asistentes.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/576 ===== ***

Nº de registro: 0576

Título
DESARROLLO DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SESIONES GRUPALES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LA U. DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) DEL H NTRA SRA DE GRACIA

Autores:
MARTIN RIDRUEJO LAURA, QUINTA AGUZA CRISTINA, SOLANS GARCIA ANA, MARTINEZ PLANAS ISABEL

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:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ofrecer mayor seguimiento y cobertura asistencial a los pacientes que han cumplido con el ingreso programado en la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Nuestra Señora de Gracia y han sido dados de alta del régimen de hospitalización completa tras su mejoría clínica, pasando al régimen ambulatorio. Estos pacientes manifiestan a menudo el sentimiento de inseguridad y desprotección al alta, haciendo complicado el afrontamiento de problemas cotidianos y desarrollo de su autonomía e independencia. A través de este programa, la enfermería ambulatoria quiere afianzar y reforzar los conceptos aprendidos durante el ingreso y proporcionarles un seguimiento más estrecho en formato grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer un espacio terapéutico grupal de aprendizaje, a la vez que se refuerzan conocimientos adquiridos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0576

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE SESIONES GRUPALES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LA U. DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA) DEL H NTRA SRA DE GRACIA

durante la etapa de hospitalización completa.

Favorecer la adherencia al tratamiento ambulatorio y la alianza terapéutica con los profesionales y con la unidad.

Favorecer la adquisición de HHSS y potenciar un afrontamiento eficaz.

Favorecer la autonomía personal e independencia funcional.

Favorecer la disminución del número de recaídas y crisis que requieran la intervención en las unidades de urgencias.

MÉTODO

Desarrollo de 1 sesión grupal semanal de 90 minutos de duración, durante 8 meses.

Comienzo en mayo y finalizará en diciembre de 2019.

El equipo de enfermería ambulatoria realizará 3 reuniones durante todo ese período (una previa al comienzo del programa, otra a mitad del mismo y otra al finalizar).

INDICADORES

El 50% de los pacientes que acuden a seguimiento ambulatorio con enfermería acudirá a las sesiones psicoeducativas.

El 90% de los pacientes que acuden a seguimiento ambulatorio con enfermería tendrán acceso a la información del programa (calendario y contenido del programa).

Se realizarán 2 encuestas de satisfacción con el programa.

Se realizarán 3 reuniones de equipo de revisión y evaluación del programa.

DURACIÓN

Duración del programa: de mayo a diciembre de 2019.

Sesiones grupales un día a la semana con una duración de 90 minutos.

Elaboración del contenido: Marzo-abril de 2019.

Reunión de organización previa al inicio: Mayo 2019.

Encuestas de satisfacción: Septiembre y diciembre de 2019.

Revisión del programa: Octubre 2019.

Evaluación del programa y elaboración de la memoria: Enero 2020.

Presentación de la memoria: Febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0778

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE ESTILOS DE CRIANZA EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL MARTINEZ PLANAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUINTA AGUZA CRISTINA
MARTIN RIDRUEJO LAURA
ORNAT JORDAN PILAR
SORO RAMIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Elaboración de la entrevista semiestructurada sobre estilos de crianza
- Selección de la muestra a la que va dirigida
- Implantación de la entrevista
- Difusión de la misma entre el personal del servicio a través del formato de sesión clínica
- Recogida de información a través de la cumplimentación de las entrevistas
- Elaboración de la presente memoria final

CUMPLIMIENTO DE CALENDARIO MARCADO:

El calendario se ha cumplido al 100% siendo el siguiente:

- Abril 19: Elaboración de entrevista
- Mayo 19: Selección de la muestra de pacientes
- Junio 19: Difusión del programa entre el personal del servicio
- Noviembre 19: Recogida de resultados procedentes de las entrevistas
- Diciembre 19: Memoria y conclusiones.

MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO:

- El material utilizado ha sido tanto en el diseño de la entrevista como en su impresión el soporte papel
- Además se ha usado el soporte digital a través del formato power-point para la difusión de la información entre los profesionales del equipo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR NUMERO 1:

EL 80% DE LAS MADRES DE PACIENTES SELECCIONADAS CON DIAGNOSTICO DE TCA TENDRÁN HECHA LA ENTREVISTA AL FINALIZAR EL PROYECTO

Se ha superado el valor del indicador propuesto en un principio siendo finalmente un 85% las madres que han participado en la entrevista de crianza.

INDICADOR NUMERO 2:

EL 90% DEL EQUIPO RECIBIRÁN INFORMACIÓN SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE DICHO PROGRAMA A TRAVÉS DEL FORMATO DE SESIÓN CLÍNICA

Se ha cumplido el objetivo siendo de un 92% el resultado final

La información se ha obtenido a través de la supervisión de las listas de firmas de la sesión clínica de difusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

En la elaboración de la entrevista semiestructurada hemos tenido dificultades a la hora de encontrar otras entrevistas de temática similar publicadas en internet. Faltaría validar la entrevista ahora que una vez implantada hemos podido comprobar su eficiencia y por tanto su buena relación coste-efectividad. Ha servido para, a través de la misma tener una primera toma de contacto con las madres de las pacientes y contrastar información muy relevante sobre patrones nutricionales en la infancia.

Se ha visto la posibilidad de poder replicar este tipo de entrevista a mayor número de pacientes del servicio e incluso con este formato modificar el tipo de contenido a estudiar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/778 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0778

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE ESTILOS DE CRIANZA EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Nº de registro: 0778

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE ESTILOS DE CRIANZA EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Autores:
MARTINEZ PLANAS ISABEL, QUINTA AGUZA CRISTINA, MARTIN RIDRUEJO LAURA, ORNAT JORDAN MARIA PILAR, SORO RAMIA PILAR

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: trastornos de la conducta alimentaria
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de las líneas estratégicas del salud está la salud mental y la adquisición de habilidades y destrezas que se puedan aplicar en el ámbito asistencial. En la práctica diaria vemos como los pacientes en sus relatos psicobiográficos cuentan historias de traumas de apego relacionadas con estilos de crianza inadecuados que potencian vinculaciones desadaptativas en la edad adulta. El tener herramientas de medida que nos ayuden a evaluar estos aspectos nos facilita la elaboración de hipótesis a la hora de plantear intervenciones enfermeras adecuadas en pacientes con trastornos de conducta alimentaria y trauma de apego.

RESULTADOS ESPERADOS
Ser capaces de identificar que estilos de apego y crianza han recibido nuestros paciente en su infancia y si esto ha tenido influencia en el desarrollo posterior del trastorno de la conducta alimentaria
Poseer una información a partir de la cual describir intervenciones enfermeras adecuadas así como criterios de evaluación de las mismas

MÉTODO
Elaboración de la entrevista semiestructurada sobre estilos de crianza
Selección de la población a la que va dirigida (muestreo)
Implantación de la entrevista
Difusión de la misma entre el personal del servicio
Recogida de resultados
Elaboración de conclusiones y memoria final

INDICADORES
El 80% de las madres de las pacientes seleccionadas con diagnostico de trastorno de conducta alimentaria tendrán hecha la entrevista al finalizar el periodo del programa
El 90% de miembros del servicio recibirán información sobre la implantación de dicho programa a través del formato de sesión clínica

DURACIÓN
Elaboración de la entrevista semiestructurada sobre estilos de crianza (Abril): Participan todos los miembros del equipo
Selección de la población a la que va dirigida (muestreo)(Mayo): Isabel Martínez y Pilar Soro.
Implantación de la entrevista (Junio): Todo el equipo
Difusión de la misma entre el personal del servicio(Junio): Isabel Martínez.
Recogida de resultados (Noviembre) : Todo el equipo
Elaboración de conclusiones y memoria final (Diciembre): Todo el equipo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0778

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE ESTILOS DE CRIANZA EN MADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0444

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ENRIQUE TOBAJAS ASENSIO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H NTRA SRA DE GRACIA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS GARCIA EVA MARIA
LOPEZ MENCHERO GEMMA
SORIANO GODES JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han desarrollado las sesiones teórico y prácticas en el Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Gracia todos los enfermeros de plantilla, atendiendo al programa cronológico establecido. En primer lugar se han impartido los seminarios teóricos y a continuación y dado que no se dispone de ecógrafo portátil en el servicio de Urgencias, se ha trasladado un ecógrafo desde del servicio de Radiodiagnóstico para la demostración práctica con talleres para la identificación de la vejiga y órganos de la pelvis en individuos sanos y sobre muñeco para la adquisición de destreza en este tipo de actuaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante la etapa de implantación del proyecto, se seleccionaron 11 pacientes ingresados de Urgencias con clínica sospechosa de Retención urinaria aguda. Mediante la utilización de la ecografía se obtuvo una medida de volumen vesical para confirmar la existencia de globo vesical que confirmara el diagnóstico de Retención urinaria aguda. Además el estudio ultrasonográfico fue capaz de obtener su etiología; ocho pacientes presentaban una Hipertrófia benigna de Próstata, un paciente Prostatitis aguda y una mujer Cistocele. El caso restante correspondía a una litiasis renal no obstructiva que descartó la práctica de sondaje uretral y por lo tanto, la posible infección del tracto urinario en la colocación del mismo por parte del Profesional Enfermero. Asimismo, cuando se procedió a la colocación del sondaje uretral para tratar esta patología, el ecógrafo valoró de manera adecuada la inserción de la sonda vesical.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El sondaje vesical es el tratamiento de elección en la Retención Urinaria Aguda pero es una maniobra que aumenta la probabilidad de infecciones del tracto urinario y su presentación es debida a la exploración manual del Profesional Enfermero.

La ecografía es capaz de valorar el contenido vesical, el volumen de orina en la vejiga, la patología causante de la Retención Urinaria aguda y además demuestra la correcta colocación de la sonda vesical.

La incorporación de la Ultrasonografía como herramienta en los servicios de Urgencias y concretamente, como método para la valoración de la Retención urinaria aguda debe ser una necesidad para el diagnóstico de esta entidad y así, evitaremos sondajes innecesarios que incrementen las infecciones urinarias como complicaciones acompañantes.

Por tanto, es fundamental establecer y protocolizar programas de formación dirigido a los profesionales enfermeros que garanticen la seguridad y eficacia, siguiendo los criterios de calidad de la ecografía en manos de los enfermeros y por último se recomienda la adquisición de un ecógrafo portátil en todos los servicios de Urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/444 ===== ***

Nº de registro: 0444

Título
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS

Autores:
TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE, RAMOS GARCIA EVA MARIA, LOPEZ MENCHERO GEMA, SORIANO GODES JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0444

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La retención Urinaria aguda es la urgencia urológica más frecuente. Se estima que el 10% de los hombres mayores de 70 años y 33% de los mayor de 80 años tendrán un episodio de retención aguda de orina en los cinco años siguientes. Los síntomas pueden ir desde una leve molestia pasando por dolor intenso, mareo o diaforesis hasta llegar incluso a producir alteraciones cardiovasculares como bradicardia taquicardia y arritmia es que pueden desembocar en una asistolia. La retención de orina es un diagnóstico clínico que siempre se ha hecho mediante palpación, percusión e inspección de la vejiga y que se acaba solucionando con sondaje vesical. El sondaje vesical es un procedimiento no exento de riesgos y complicaciones. La valoración de la vejiga con ecografía y la retención urinaria aguda evita cateterismos innecesarios, lo que conlleva una menor tasa de infecciones y una disminución de los costes hospitalarios. Los servicios de urgencias y de radiodiagnóstico del hospital Nuestra Señora con la incorporación de nuevos equipos de ultrasonografía creen necesario la incorporación de esta técnica en la valoración de la retención urinaria aguda.

RESULTADOS ESPERADOS
- Determinar la existencia de globo mediante ecografía.
- Conseguir el diagnóstico exacto de la patología causante de la retención urinaria aguda.
- Disminución del número de sondajes vesicales innecesarios.
- Disminución de infecciones del tracto urinario tras la realización de sondaje vesical.

MÉTODO
- Análisis de la importancia de la ecografía como método de diagnóstico en la retención urinaria mediante una revisión bibliográfica que se realizará en cinco sesiones.
- Seminarios teóricos y practicum que se desarrollarán en 10 sesiones dirigidos a profesionales enfermeros del servicio de urgencias con simulación sobre muñeco para la identificación de vejiga y otros órganos de la pelvis. Los contenidos prácticos se realizarán con un ecógrafo portátil que pondrá a disposición el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

INDICADORES
Se determinará una evaluación anterior en el uso de la ecografía la retención urinaria aguda y otra posterior tras la implantación del proyecto.
- Incidencias durante la realización de la ecografía vesical.
- Tiempo requerido para el diagnóstico de atención urinaria aguda
- Número de sondajes vesicales evitados.
- Número de infecciones en el tracto urinario acontecidas.

DURACIÓN
La duración del proyecto será de 10 meses, desde abril de 2019 hasta enero de 2020.
- Abril- Mayo de 2019. Análisis de la Ecografía como método diagnóstico de ayuda en la Retención urinaria aguda en nuestro medio y su empleo por el profesional enfermero. E Ramos y G López.
- Junio- Agosto de 2019. Sesiones teórico-prácticas. E Tobajas y JJ Soriano.
- Septiembre- Noviembre de 2019. Desarrollo del proyecto en el Servicio de Urgencias. G López. E Ramos y E Tobajas.
- Diciembre de 2019. Análisis postimplantación. E Tobajas, G. López y E. Ramos,
- Enero de 2020. Presentación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0444

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LA RETENCION URINARIA AGUDA PARA PROFESIONALES ENFERMEROS DE URGENCIAS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1189

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

Fecha de entrada: 02/01/2020

2. RESPONSABLE GLORIA ISABEL ARGUEDAS GORRINDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRUZ ALEGRE MARIA CRUZ
SALAS LISBONA MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las enfermeras del Servicio de Diagnostico por la Imagen hemos detectado la situaciones estresantes y potencialmente peligrosas en los pacientes que se van a someter a estudios radiológicos con administración de contrastes intravenosos (iodados y/o gadolinio), por lo que consideramos la necesidad de valorar y registrar estos hechos.

Para ello, durante los meses de Mayo a Octubre de 2019, hemos creado un registro manual anotando en el consentimiento informado que firma el paciente; su función renal, alergias, ayunas y posibles extravasaciones. El deber de la enfermera en Radiología, cumplido durante toda nuestra praxis y registrado para este proyecto, supone controlar muchos factores: analíticas (función renal), físicos (vasos sanguíneos, confort del paciente) y psicológicos (stress, dudas sobre la exploración) para el paciente y para nuestro entorno laboral coordinando distintos profesionales y unidades lo que supone la toma de decisiones y actuaciones rápidas dirigidas siempre a proporcionar la mejor asistencia sanitaria y los mejores cuidados de enfermería para el paciente ambulante y/o ingresado que se realiza pruebas de diagnóstico por imagen con administración de contraste iv en nuestra unidad. Para todo esto hemos utilizado: - acceso a historia clínica del paciente
- consentimiento informado
- entrevista al paciente
- material para canalización de vía
- contraste

Con el soporte escrito del actual Consentimiento Informado (C.I.) hemos añadido, manualmente, datos recogidos de la entrevista al paciente y de su historia clínica anotando:

- . alergias medicamentosas
- . cifras de creatinina y/o filtrado glomerular
- . ayunas de 4 h.
- . extravasación (en caso de producirse, con registro de la incidencia)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS RMN

Número total de RMN (1 Mayo / 31 Octubre): 1235 pacientes
Pacientes precisaron administración de contraste (Gadolinio): 926
Reacciones alérgicas: 1 = 0.10 % (1: 926 x 100)
Ayuno incorrecto: 1 = 0.10 % (1: 926 x 100)
Función renal alterada: 1 = 0.10 % (1: 926 x 100)
Extravasación: 0
Pacientes que expresaron ansiedad: 81 = 8,74 % (81: 926 x 100)
Posibilidad de embarazo: 3 = 0.32 % (3: 926 x 100)

RESULTADOS ALCANZADOS TAC

Número total de TAC (1 Mayo/ 31 Octubre): 1699 pacientes
Pacientes precisaron administración de contraste (Iodo): 1274
Reacciones alérgicas: 3 = 0,23 % (3: 1274 x 100)
Ayuno incorrecto: 12 = 0,94 % (12: 1274 x 100)
Función renal alterada: 21 = 1.65 % (21: 1274 x 100)
Extravasaciones: 5 = 0,39 % (5: 1274 x 100)
Pacientes que expresaron ansiedad: 3 = 0,23 % (3: 1274 x 100)
Posibilidad de embarazo: 1 = 0,07 % (1: 1274 x 100)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización del tiempo enfermero en los servicios de radiodiagnóstico para realizar una entrevista exhaustiva, acceder a la historia clínica con el registro de parámetros alterados, el correcto estado de ayuno en el paciente y el control de posibles extravasaciones aumenta, considerablemente, la seguridad para el paciente en la realización de pruebas con contrastes iodados y/o gadolinio
La explicación más detallada de la exploración y la respuesta a posibles dudas disminuye la ansiedad en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1189

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

paciente, no siempre verbalizada, pero que sí observamos durante las exploraciones. Que la enfermera esté con el paciente durante la administración de contraste permite una actuación rápida en caso de extravasaciones y/o reacciones alérgicas inmediatas permitiendo, además, valorar la respuesta al dolor (EVA)
El ayuno correcto disminuye la incidencia de vómitos y la posibilidad de broncoaspiración.
La detección de cifras de creatinina y/o función renal alterada nos permite recomendar medidas básicas como es aumentar, durante las siguientes 24h. a la administración del contraste, la ingesta de líquidos y en pacientes diabéticos los controles de glucemia, incidiendo especialmente en aquellos tratados con metformina

Para mejorar nuestro trabajo enfermero aportamos modificaciones, mediante ítems, para registrar en el C.I.
. Cifras de creatinina y/o filtrado glomerular
. Ayuno correcto
. Alergias conocidas
. Extravasación.

En el actual CI que utilizamos en las pruebas que precisan la administración de contraste Iodado sería necesario añadir un apartado para reflejar los conceptos sobre los que hemos estado trabajando: creatina, ayuno, alergias y extravasación.

Para los CI en la administración de Gadolinio sólo sería preciso añadir ayuno y extravasación.

7. OBSERVACIONES.

Estaban preparados los CI originales y las modificaciones propuestas para enviarlo con la presente memoria pero no admite el envío de documentos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1189 ===== ***

Nº de registro: 1189

Título
VALORACION DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

Autores:
ARGUEDAS GORRINDO GLORIA ISABEL, ALEGRE GALINDO MARIA CRUZ, SALAS LISBONA MARIA CARMEN, DIEZ YAGÜE ELENA

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: Pacientes que se sometan a una prueba radiológica en los próximos 6 meses.
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la calidad asistencial en los cuidados globalizados del paciente en Servicio Radiodiagnóstico

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha observado que la administración de contraste supone una situación estresante para el paciente por desconocimiento y porque puede ser potencialmente peligrosa. El deber de la enfermera es el de explicar el procedimiento, controlar el proceso y mejorar el nivel de confort del paciente durante las pruebas radiológicas correspondientes. Por ello, comprobar antecedentes de alergias y cifras analíticas permite mejorar y subsanar la atención integral al paciente sometido a estas pruebas. Este proceso resulta indispensable para evitar posibles reacciones adversas y extravasaciones durante el proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este plan de mejora será llevar a cabo los cuidados globalizados para el paciente de la forma más eficaz posible:
Mejorar la confortabilidad del paciente durante las pruebas.
Registro de cifras, datos clínicos en el consentimiento informado, evitando duplicar registros y promoviendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1189

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE ENFERMERIA PARA LA MODIFICACION Y MEJORA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO PARA PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

la unificación de los mismos en un mismo documento y así favorecer su manejo.
Valoración de la función renal para comprobar que no esté contraindicada la administración de contraste.

MÉTODO

Formular nuevo formato para el consentimiento informado de contraste intravenoso en pruebas radiológicas.
Anotar los cambios de la forma del consentimiento informado manualmente hasta que tengamos el nuevo soporte gráfico de reprografía.
Acceso a la historia clínica del paciente
Entrevista al paciente
Explicación de la prueba, qué es, riesgos y complicaciones asociadas y del consentimiento informado.
Facilitar la nueva forma del consentimiento para firma del paciente.
Vigilar la zona de punción venosa para controlar y evitar en lo posible las extravasaciones.
En caso de función renal en límites máximos, recomendar hidratación abundante como cuidado de enfermería.
Registro de datos

INDICADORES

Nivel de confort del paciente mediante la escala analógica del dolor (EVA).
Número de ítems rellenados en la nueva forma del consentimiento firmado propuesto.
Nivel de ansiedad del paciente, mediante una escala del 1 al 10.

DURACIÓN

Seguimiento del proyecto durante los próximos 6 meses, hasta el mes de octubre de 2019. Se implantará y se seguirá por las enfermeras del servicio de readiagnóstico.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 IDOPE 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 IDOPE 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 - 2018/0205

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ABRAHAM JOSE MENDOZA DILOY
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMBRA LINES MARIA PILAR
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS
ROMO CALVO LAURA
GALLEGO MURILLO MARIA JESUS
MONTAÑES ARRIBAS JUAN CARLOS
MENDIVIL UCEDA ANA MARIA PILAR
PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ABRIL: Reunión con los miembros del equipo donde se dividen las funciones y se estructura cómo se realizará el tríptico-guía del usuario de electroterapia.
Se decide crear un enlace de colaboración en google drive para que todos los miembros estén al corriente de los avances y puedan aportar nuevos datos sin la necesidad de excesivas reuniones

SEPTIEMBRE: Reunión del equipo con el borrador de la guía-tríptico de electroterapia, sugerencias para la maquetación final e inclusión de los planos de ambos hospitales en el folleto.
Se determina la elaboración de la encuesta que se incluirá en el interior del folleto.

OCTUBRE: Se aprueba la versión final de la guía de electroterapia y la encuesta; se estructura el plan de distribución de las mismas, acordándose:

? El reparto de 50 guías por cada consulta de FEA Rehabilitador. (250 trípticos en total).
? La forma de comunicárselo a los TCAE de cada consulta en ambos hospitales (los folletos se entregarán a aquellos pacientes que sean derivados a Fisioterapia/electroterapia).
? Las encuestas serán depositadas en unos buzones habilitados en cada gimnasio.

NOVIEMBRE: Se acuerda con la jefa del servicio rehabilitación del Sector I una reunión con todos los médicos rehabilitadores de ambos hospitales (30 noviembre)

3 DICIEMBRE: Se concierta, con las supervisoras de fisioterapia de ambos hospitales, una reunión con el resto del equipo multidisciplinar del servicio de rehabilitación para explicar el proyecto de calidad, el desarrollo y la entrega de la encuesta. Y ese mismo día se pone en marcha el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A fecha 13/03/2019, se han repartido las 250 guías con sus respectivas encuestas. Habiéndose depositado en los buzones de ambos hospitales un total de 42 encuestas de satisfacción con los siguientes resultados:

Edad media de los encuestados 57.05 años
¿Es la primera vez que recibe tratamiento? Si=31 (73,8%) No=11 (26,2%)
¿Ha encontrado el gimnasio, sala de electroterapia con facilidad? 4,84/5
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 4,68/5
¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 4,47/5
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 4,26/5

Conviene resaltar que de los pacientes que ya habían recibido tratamiento anteriormente (26.2%), el 72.2 % resolvieron dudas que tenían y el 45.5% encontraron información que desconocían.

Indicador 1 Porcentaje de encuestas rellenas por los usuarios que han recibido el tríptico
Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de encuestas recibidas
42/250=0.168 X 100=16,8%

Indicador 2 Porcentaje de pacientes que se encuentran satisfechos (4) o muy satisfechos (5) en cada una de las preguntas de la encuesta

¿Ha encontrado el gimnasio, sala de Terapia Ocupacional y/o electroterapia con facilidad? 95,23%
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 90,47%
¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 83.33%
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 19.05%

¿Qué sugerencia propondría en el servicio de rehabilitación?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0205

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Sólo el 47% de los pacientes encuestados plantearon alguna sugerencia

el 21% resaltó la amabilidad y el buen servicio recibido,
el 10% propuso un gimnasio más espacioso en el Hospital Royo Villanova
el resto sugirió la instalación de vestuarios, habilitar más gimnasios de fisioterapia en el SALUD y mejorar los traslados en ambulancias, entre otros

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente con los objetivos marcados en el proyecto
Se ha creado una guía que está disponible en los ordenadores de cada consulta de rehabilitación del sector I para su utilización
Consideramos que el proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible por el Servicio de Rehabilitación del Sector I, abarcando a los pacientes derivados a electroterapia de los hospitales Royo Villanova y Hospital Nuestra Señora de Gracia.

7. OBSERVACIONES.

El número de encuestas recibidas a fecha de hoy es bajo, sólo un 16.4% Creemos que los plazos han sido demasiado justos ya que existe un tiempo de demora entre la primera consulta con el Médico Rehabilitador hasta que el paciente llega finalmente a electroterapia en su respectivo hospital. Pensamos que una buena parte de los pacientes que recibieron el tríptico no han sido llamados todavía a su tratamiento ya que recibimos la mayoría de las encuestas en los últimos días.
Además, consideramos que esos dos meses de espera, en parte debido al periodo vacacional de navidad, perjudican para que el paciente guarde la encuesta y la deposite en el buzón correspondiente.
Si bien, creemos que tampoco tendría sentido demorar más la conclusión del proyecto ya que debido a su naturaleza de información y a la validación de un equipo multidisciplinar de rehabilitación, los datos esencialmente variarán poco a los obtenidos.
Dado que el proyecto se entregó antes que la conformación de las encuestas de satisfacción, se han modificado algunos de los indicadores que se plantearon en un inicio. Si bien se ha mantenido el espíritu de los mismos

*** ===== Resumen del proyecto 2018/205 ===== ***

Nº de registro: 0205

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Autores:
MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE, CAMBRA LINES MARIA PILAR, CHAMORRO LASALA MARIA JESUS, ROMO CALVO LAURA, GALLEGO MURILLO MARIA JESUS, MONTAÑES ARRIBAS JUAN CARLOS, MENDIVIL UCEDA ANA MARIA PILAR, PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL

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: Rehabilitación. Pacientes externos derivados a
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Electroterapia es una parte de la fisioterapia que tiene sus propias normas de aplicación. El objetivo del proyecto es mejorar la comunicación entre el equipo multidisciplinar del servicio de electroterapia de atención especializada del sector I de Zaragoza(rehabilitación) con los usuarios de dicho servicio, mediante:

- Elaboración de un manual del usuario (tríptico), que explique las normas y solucione las dudas para un mejor funcionamiento y una mayor optimización de las sesiones de electroterapia.
- Mejorar la comunicación del equipo multidisciplinar de rehabilitación
- Crear una encuesta de satisfacción para saber si estos objetivos han sido cubiertos y en qué grado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0205

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

RESULTADOS ESPERADOS

La propuesta es crear y distribuir un tríptico con los siguientes objetivos:

- a) Dar al usuario información sobre las normas del servicio de electroterapia
- b) Optimizar las sesiones de electroterapia
- c) Mejorar las vías de comunicación entre el paciente y el servicio de electroterapia
- d) Informar al paciente de los riesgos en caso de marcapasos, embarazo, etc...
- e) Anticipar las dudas o problemas más comunes que se suelen presentar
- f) Dotar al usuario del servicio de una encuesta de satisfacción
- g) Valorar si el tríptico cumple con los objetivos deseados

MÉTODO

- Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear un tríptico informativo del servicio de electroterapia
- Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear una encuesta de satisfacción del servicio de electroterapia
- Informar a todos los profesionales implicados en el servicio de electroterapia de este sector, de la existencia del tríptico y la encuesta de satisfacción, informales sobre su distribución (se entregarán conjuntamente un número concreto de encuestas y de trípticos, en las consultas de médico rehabilitador, para su posterior evaluación), y recogida de encuestas (en el servicio de electroterapia del Hospital Nuestra Señora de Gracia y/o Hospital Royo Villanova de Zaragoza) y valoración/evaluación por el equipo del proyecto.

INDICADORES

-Indicador: Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de electroterapia después de haber sido derivado por el FEA rhb

Descripción: N° de pacientes que reciben el tríptico/N° de pacientes derivados a electroterapia por un FEA rhb X 100

Fuente: Registro de pacientes derivados a electroterapia del Sector I.

Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de encuesta rellenas por los usuarios que han recibido el tríptico

Descripción: N° de pacientes que rellenan la encuesta/N° de pacientes que reciben el tríptico/encuesta X100

Fuente: Recogida de encuestas en los hospitales del sector I

Estandar : 60-70%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida en el tríptico del servicio de electroterapia

Descripción: N° de pacientes de pacientes que consideran importante la información recibida/ N°de pacientes que reciben el tríptico X 100

Fuente:Recogida de encuestas en los hospitales del sector I

Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con el trato global recibido en el servicio de electroterapia

Descripción:N° de pacientes satisfechos con el trato global en el servicio/N° de pacientes que reciben la encuesta X100

Fuente: Recogida de encuestas

Estandar: 70-80%

DURACIÓN

Fecha de inicio con la reunión del equipo del proyecto en Abril 2018

Se establecerán las reuniones y se distribuirán los trabajos para la creación del tríptico y la encuesta de satisfacción y las reuniones de información al servicio de rehabilitación del sector.

Septiembre distribución de los trípticos con la encuesta de satisfacción

Finales de Noviembre recogida y valoración

Diciembre presentación de los resultados obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0229

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CAMBRA LINES
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE
ARTIGAS GARCIA ANA
VALERO TOMAS ESMERALDA
PUENTE OTIN SILVIA
ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE
HERNANDEZ FLETA FABIOLA
BONED BLANQUEZ MARISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A fecha 13/03/19, se han repartido las 250 guías con sus respectivas encuestas. Habiéndose depositado en los buzones de ambos hospitales un total de 44 encuestas de satisfacción con los siguientes resultados:

Edad media de los encuestados 58.02 años
¿Es la primera vez que recibe tratamiento? Si=32 (72.72%) No=12 (27.27%)
¿Ha encontrado el gimnasio, sala de electroterapia con facilidad? 4,79/5
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 4,68/5
¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 4,5/5
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 4,34/5

Conviene resaltar que de los pacientes que ya habían recibido tratamiento anteriormente (27,27%), el 83,33 % resolvieron dudas que tenían y el 66.6% encontraron información que desconocían.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1 Porcentaje de encuestas rellenas por los usuarios que han recibido el tríptico
Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de encuestas recibidas

$44/250=0.176 \times 100=17,6\%$

Indicador 2 Porcentaje de pacientes que se encuentran satisfechos (4) o muy satisfechos (5) en cada una de las preguntas de la encuesta

¿Ha encontrado el gimnasio, sala de Terapia Ocupacional y/o electroterapia con facilidad?
90,90%
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 93,18%
¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 84,09%
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 13,63%

¿Qué sugerencia propondría en el servicio de rehabilitación?

Sólo el 46% de los pacientes encuestados plantearon alguna sugerencia, de los cuales:

el 23% resaltó la amabilidad y el buen servicio recibido,

el 10% propuso un gimnasio más espacioso en el Hospital Royo Villanova

el resto sugirió la instalación de vestuarios, habilitar más gimnasios de fisioterapia en el SALUD y mejorar los traslados en ambulancias, entre otros

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente con los objetivos marcados en el proyecto

Se ha creado una guía que está disponible en los ordenadores de cada consulta de rehabilitación del sector I para su utilización

Consideramos que el proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible por el Servicio de Rehabilitación del Sector I, abarcando a los pacientes derivados a fisioterapia y terapia ocupacional de los hospitales Royo Villanova y Hospital Nuestra Señora de Gracia

7. OBSERVACIONES.

El número de encuestas recibidas a fecha de hoy es bajo sólo un 17,6 % Creemos que los plazos han sido demasiado justos ya que existe un tiempo de demora entre que el paciente tiene consulta con el Médico Rehabilitador hasta que finalmente llega al gimnasio de fisioterapia o terapia ocupacional en el respectivo hospital. Es ahora cuando están llegando a fisioterapia y/o terapia ocupacional los pacientes que recibieron

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0229

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

el tríptico y pensamos que una buena parte de ellos no han sido llamados todavía para su tratamiento. Además, consideramos que esos dos meses de espera, en parte debido al periodo vacacional de navidad, perjudican para que el paciente guarde la encuesta y la deposite en el buzón correspondiente. Si bien, creemos que tampoco tendría sentido demorar más la conclusión del proyecto ya que debido a su naturaleza de información y a la validación de un equipo multidisciplinar de rehabilitación, los datos esencialmente variarán poco a los obtenidos. Dado que el proyecto se entregó antes que la conformación de las encuestas de satisfacción se han modificado algunos de los indicadores que se plantearon en un inicio. Si bien se ha mantenido el espíritu de los mismos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/229 ===== ***

Nº de registro: 0229

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Autores:
CAMBRA LINES MARIA PILAR, MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE, ARTIGAS GARCIA ANA, VALERO TOMAS ESMERALDA, PUENTE OTIN SILVIA, ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE, HERNANDEZ FLETA FABIOLA, BONED BLANQUEZ 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: rehabilitación pacientes externos derivados a gimnasio de fisioterapia
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El ejercicio de la fisioterapia conlleva una serie de normas y necesidades que el usuario debe conocer para optimizar las sesiones y el tiempo de las mismas, por lo que planteamos presentar un plan de acogida para el usuario en un tríptico que explique y resuma todas las normas del servicio de fisioterapia y resuelva las dudas. La elaboración de este tríptico conlleva una mayor comunicación con el equipo multidisciplinar del servicio de rehabilitación del Sector I de Zaragoza y una mejora la comunicación entre los hospitales del sector (Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova)
Para valorar la efectividad de un tríptico se presentará una encuesta de satisfacción donde el usuario participará de forma activa.

RESULTADOS ESPERADOS
objetivos:
a) Informar al paciente de las recomendaciones en la unidad de Fisioterapia/Terapia ocupacional
b) Optimizar las sesiones de Fisioterapia/Terapia ocupacional
c) Mejorar las vías de comunicación entre el paciente y la unidad de Fisioterapia/Terapia ocupacional
d) Anticipar la resolución de los problemas más comunes que se suelen presentar
e) Dotar al usuario de una encuesta de satisfacción con el servicio recibido
f) Valorar si el tríptico cumple con los objetivos deseados

MÉTODO
a) Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear un tríptico informativo para los pacientes derivados a fisioterapia especializada y Terapia Ocupacional en los Hospitales del Sector I de Zaragoza
b) Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para elaborar una encuesta de satisfacción que evalúe el tríptico anterior
c) Reunirse con los profesionales implicados en el servicio de Rehabilitación del Sector I (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapeutas y Terapia Ocupacional) para explicarles la existencia del tríptico y de la encuesta de satisfacción e informarles sobre su distribución (Se entregaran conjuntamente un número determinado de trípticos y encuestas, en la consulta del FEAs), y se recogerán en urnas disponibles en los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0229

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

gimnasios de fisioterapia especializada de ambos hospitales del sector, para su posterior evaluación

INDICADORES

-Indicador: Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de gimnasio después de haber sido derivados a fisioterapia especializada por el FEA rhb:
Descripción: N° de pacientes que reciben el tríptico/N° de pacientes derivados a fisioterapia especializada por un FEA rhb X 100
Fuente: Registro de pacientes derivados a electroterapia del Sector I.
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de encuesta rellenas por los usuarios que han recibido el tríptico del gimnasio
Descripción: N° de pacientes que rellenan la encuesta/N° de pacientes que reciben el tríptico/encuesta del gimnasio X100
Fuente: Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar : 60-70%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida en el tríptico del gimnasio del servicio de fisioterapia especializada
Descripción: N° de pacientes de pacientes que consideran importante la información recibida/ N°de pacientes que rellenan la encuesta del gimnasio X 100
Fuente:Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con el trato global recibido en el servicio de fisioterapia especializada
Descripción:N° de pacientes satisfechos con el trato global en el servicio de fisioterapia especializada/N° de pacientes que rellenan la encuesta X100
Fuente: Recogida de encuestas
Estandar: 70-80%

DURACIÓN

Fecha de inicio con la reunión del equipo del proyecto en Abril 2018
Se establecerán las reuniones y se distribuirán los trabajos para la creación del tríptico y la encuesta de satisfacción y las reuniones de información al servicio de rehabilitación del sector.
Septiembre distribución de los trípticos con la encuesta de satisfacción
Finales de Noviembre recogida y valoración
Diciembre presentación de los resultados obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0234

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE TERESA ANAYA GIL
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRAN EMBID SILVIA
VIZAN IDOPE TERESA
HERNANDEZ FLETA FABIOLA
LACARTA CHAVARRIAS MARIA
SANZ RODRIGUEZ ESTER
CORTES GIL ROSA ANA
MUÑOZ DIESTRE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Finalmente se han realizado tres reuniones para la puesta en marcha del proyecto. La primera reunión tuvo lugar en septiembre de 2018, redactándose un borrador del documento que recogía las primeras ideas sobre la estructura y contenidos del mismo. La segunda reunión tuvo lugar en Octubre de 2018, quedando ya por fin redactado el documento en su forma definitiva, con el consenso de todos los profesionales implicados en cuanto a la información que debía recoger el documento y la maquetación del mismo. En esta reunión se acuerda también el diseño de una hoja de registro informático (documento Excel) para recoger los nombres y fecha de firma de los pacientes que firmen el documento de AV, con vistas a los cálculos de los indicadores propuestos en el programa.

Por último se acuerda que la fecha de implantación del documento será el 05/11/2018, antes de la cual deberá presentarse el proyecto al equipo de profesionales del Servicio de Gimnasio del HNSG. Dicha reunión de presentación tiene lugar el 02/11/2018, estando presentes los fisioterapeutas, terapeuta ocupacional y TCAE del gimnasio del HNSG. El objetivo de la presentación del proyecto era que todos los profesionales implicados en el tratamiento en gimnasio del paciente tuvieran conocimiento de la necesidad de recoger la información del hecho de que un paciente abandone o desista de su tratamiento de fisioterapia, electroterapia o terapia ocupacional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A fecha de 22/02/2019, se han recogido un total de 33 documentos de AV, en los que se especifican los datos personales del paciente, su número de Historia de Rehabilitación, el servicio en el que causa baja y el motivo de la renuncia.

Los indicadores que se utilizan en el proyecto son los siguientes:

Indicador 1: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de gimnasio durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
 $23/603 \times 100 = 3'81\%$

Indicador 2: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de electroterapia durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
 $9/186 \times 100 = 4'83\%$

Indicador 3: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de TO durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
 $1/42 \times 100 = 2'38\%$

Como podemos observar según los resultados alcanzados, es muy pequeña la tasa de abandono de tratamiento en el servicio de rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Las fuentes de obtención de estos datos son:

Para el número de pacientes que firman el documento de AV, causando baja en cada uno de los tres servicios: hoja de registro Excel creada para tal fin en el proyecto.
Para el número de pacientes que inician tratamiento en cada uno de los tres servicios: hoja de registro general de pacientes del gimnasio de fisioterapia y TO del HNSG.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente los objetivos finales del proyecto a fecha actual, de 20/02/2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0234

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El documento está siendo utilizado por el personal del gimnasio del HNSG para registrar las altas voluntarias en el Servicio, visto lo cual creemos innecesario el hecho de realizar una revisión al año de su implantación.

Con todo esto, consideramos que el proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible en adelante en el Servicio de Rehabilitación del HNSG, quedando así implantado indefinidamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/234 ===== ***

Nº de registro: 0234

Título
PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
ANAYA GIL TERESA, GRAN EMBID SILVIA, VIZAN IDOPE TERESA, HERNANDEZ FLETA FABIOLA, LACARTA CHAVARRIAS MARIA, SANZ RODRIGUEZ ESTER, CORTES GIL ROSA ANA, MUÑOZ DIESTRE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Documentacion

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado la ausencia de un documento formal para que los pacientes que se hallen recibiendo un tratamiento de fisioterapia (ya sea en gimnasio o en electroterapia) o de terapia ocupacional (TO) y deseen suspenderlo por razones personales, firmen bajo su responsabilidad, solicitando de esta manera el ALTA VOLUNTARIA (AV) de dicho tratamiento.
Según el artículo 4 de la Ley 6/2002 (15 de Abril) de Salud de Aragón, el paciente debe recibir información adecuada y comprensible sobre su proceso asistencial, y así lo especifica en el documento de alta voluntaria. Asimismo, conforme al artículo 5 de la citada ley, el paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos en los que no se acepte el tratamiento (o se produzca el desestimiento del mismo). De negarse a ello, la dirección del correspondiente Centro Sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta.
En la actualidad, al no existir un documento formal para este supuesto, es la Supervisora del Servicio de Rehabilitación la que elabora una hoja para que el paciente firme, asumiendo de este modo la responsabilidad sobre la interrupción del tratamiento pautado por su médico rehabilitador.
No obstante, en una gran mayoría de las ocasiones el paciente abandona el tratamiento sin dejar constancia expresa, e incluso por vía telefónica. Esta circunstancia se registrará igualmente en el documento de AV, aún en el caso de que el paciente no lo firme.
Por los motivos expuestos, el Servicio de Fisioterapia y Terapia Ocupacional mejorará por el hecho de estandarizar un formulario para esta circunstancia tan frecuente, posibilitando de este modo el registro de las altas voluntarias y abandonos de tratamiento, que ralentizan y entorpecen el funcionamiento del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto pretende asegurar la no imputación al Servicio de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de la finalización anticipada del tratamiento de un determinado paciente.
La población diana serían los pacientes en tratamiento de Fisioterapia (incluyendo Electroterapia) o Terapia Ocupacional que soliciten el alta anticipadamente al número de sesiones pautado por el médico rehabilitador. En el caso de que se tratara de un menor de edad o incapacitado mental, el responsable de la firma sería su progenitor o representante legal.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0234

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El número de sesiones a realizar serían 3.

Primera sesión: diseño del documento de Alta Voluntaria.

Segunda sesión: se realizaría la revisión previa a la impresión del documento, el diseño de la hoja de registro electrónico de los pacientes que abandonan el tratamiento (firmen o no el documento) y la puesta en marcha del proyecto.

Tercera sesión: tendría lugar al año de la puesta en marcha del proyecto, y se analizarían los resultados obtenidos, según la hoja de registro electrónico y la revisión de los documentos recogidos. Comentar posibles incidencias.

Recursos materiales: papel para los Documentos de AV, fotocopidora, carpeta archivadora, ordenador (para el diseño del documento y de la hoja de registro tipo Excel).

INDICADORES

Indicador 1:

Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de gimnasio durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.

Descripción: N° pacientes que solicitan AV en gimnasio/ N° pacientes que han utilizado el Servicio de Fisioterapia en gimnasio X 100.

Indicador 2:

Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de electroterapia durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.

Descripción: N° pacientes que solicitan AV en electroterapia/ N° pacientes que han utilizado el Servicio de Electroterapia X 100.

Indicador 3:

Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de TO durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.

Descripción: N° pacientes que solicitan AV en TO/ N° pacientes que han utilizado el Servicio de TO X 100.

Aclaración de términos: un paciente puede ser usuario en los tres servicios y puede darse la circunstancia de que solicite AV en uno o varios de ellos.

Fuente de datos: para todos los indicadores, la fuente será la misma, a saber, los documentos de AV y la hoja electrónica de registro de pacientes del Servicio de Rehabilitación.

Estándar: el valor máximo a alcanzar sería entre el 10-20%, es decir que solamente entre un 10 y un 20% de los pacientes en cada uno de los indicadores abandone el tratamiento.

DURACIÓN

1. Diseño del impreso: unas dos semanas. Todos los componentes del equipo colaborarán en esta tarea.

2. Revisión del impreso, impresión e implantación: 1 mes. De nuevo todos los componentes del equipo estarán incluidos en esta tarea.

3. Análisis de datos y resultados: tendrá lugar al año de su implantación, y de nuevo todos los componentes colaborarán.

Fecha de inicio: septiembre 2018.

Fecha de finalización: septiembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCIÓN SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA GRAN EMBID
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANAYA GIL TERESA
ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE
SOLER COLLADO CAROLINA
GALLEGO MURILLO MARIA JESUS
PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL
CORTES GIL ROSA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto de calidad de elaboración de un modelo de consentimiento informado (CI) para punción seca (PS), se ha llevado a cabo en 4 reuniones (1 reunión más de la prevista para poder presentarlo a todo el equipo del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia):

El proyecto de calidad de elaboración de un modelo de consentimiento informado (CI) para punción seca (PS), se ha llevado a cabo en 4 reuniones (1 reunión más de la prevista para poder presentarlo a todo el equipo del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia):

1ª Reunión (3/9/2018): Brainstorming del equipo del proyecto de calidad. Elaboración del borrador del CI de PS. Se deja abierto un periodo de reflexión para futuras sugerencias y propuestas al diseño provisional.

2ª Reunión (9/10/2018): Consolidación y realización del diseño definitivo del modelo de CI. Diseño del registro informático a implantar en el Servicio de Rehabilitación.

3ª Reunión (30/11/2018): Presentación del modelo en soporte de papel (a adjuntar en la historia clínica del paciente) y del registro adicional en soporte informático al equipo multidisciplinar del Servicio de Rehabilitación (incluyendo a las supervisoras de la unidad).

La puesta en marcha del uso del consentimiento informado se inició en el Servicio de Rehabilitación el 10/12/2018 (incluyendo Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova), tras las reuniones previas de la elaboración del mismo.

4ª Reunión (25/02/2019): Recopilación de datos y evaluación por parte del equipo.

Los datos recopilados (número total de consentimientos informados en el servicio) corresponden al periodo del 10/12/2018 al 25/02/2019).

Recursos: Hojas del CI. Hoja de registro en soporte digital (Excel).

Responsables de la implementación: profesionales del equipo del proyecto de mejora de calidad (fisioterapeutas, FEA rehabilitador, TCAE).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS GENERALES:

- Participación e implicación de los profesionales del equipo de rehabilitación en la elaboración de un modelo de CI de PS, como técnica utilizada por fisioterapeutas especializados, previa orden clínica del FEA rehabilitador.
- Elaboración de un modelo de CI que incluye información adecuada y comprensible para el paciente sobre la técnica de PS.
- Puesta en marcha del modelo de CI en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

INDICADORES:

INDICADOR 1:

Porcentaje de pacientes que reciben PS del total de pacientes de la unidad en el periodo de tiempo indicado.

DESCRIPCIÓN:

Nº de pacientes que reciben PS / Nº de pacientes totales de la unidad (en el periodo de tiempo indicado) x 100
 $12/356 \times 100 = 3,4\%$

ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:

- La PS sólo se aplicará si está pautado por el FEA rehabilitador.
- El fisioterapeuta está en posesión de la acreditación correspondiente a la formación de la técnica de PS.
- El CI ha de realizarse por cada supuesto, es decir, por cada tratamiento del paciente.
- El periodo de tiempo de recopilación de datos (puesta en marcha de uso del modelo de CI por parte de todo el equipo de rehabilitación) fue del 10/12/2018 al 25/02/2019.

FUENTE:

- Lista de espera general de la Unidad de Fisioterapia de 10/12/2018 al 25/02/2019 (la lista de espera general excluye la lista de espera de electroterapia).
- Registro soporte papel de CI.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCIÓN SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

- Registro soporte digital hoja Excel.

ESTÁNDAR: 100%*

*Es necesario aclarar que, aunque el indicador refleja el total de pacientes que recibe el CI en el periodo de tiempo establecido, no todos los pacientes son susceptibles de la pauta de tratamiento con PS por parte del FEA rehabilitador. Por lo tanto, el estándar establecido en el proyecto queda reflejado quizás de forma confusa, ya que el equipo quería establecer como estándar que el 100% de los pacientes que son susceptibles de recibir este tipo de tratamiento y se les es pautado por el FEA rehabilitador firman el CI. Esto se ha cumplido en todos los casos (100%).

No obstante, el equipo quería evidenciar el porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado la técnica de PS ya con la puesta en marcha del modelo de CI. Como el objetivo principal del proyecto era la elaboración de un modelo del CI para PS, la puesta en marcha del proyecto por parte de todo el equipo ha comenzado a partir del 10/12/2018, correspondiendo al 3,4% de los pacientes con tratamiento de fisioterapia con PS sobre el total de pacientes en tratamiento de fisioterapia, desde esa fecha hasta la elaboración de esta memoria del proyecto de calidad.

INDICADOR 2:

Porcentaje de pacientes que revocan el CI una vez firmado (en el tiempo indicado).

DESCRIPCIÓN:

Nº de pacientes que revocan el CI una vez firmado/ Nº de pacientes totales que han firmado el CI (en el periodo de tiempo indicado) x 100

0/12 x 100 = 0%

ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:

- El paciente puede revocar el CI en cualquier momento.

- El periodo de tiempo de recopilación de datos (puesta en marcha de uso del modelo de CI por parte de todo el equipo de rehabilitación) fue del 10/12/2018 al 25/02/2019.

FUENTE:

- Registro soporte papel de CI.

- Registro soporte digital Excel.

ESTÁNDAR: 5%-10%

IMPACTO DEL PROYECTO:

El proyecto ha tenido muy buena acogida por parte de todo el equipo de rehabilitación. Se ha cumplido el objetivo principal, resultado un modelo de CI para PS en el que se han implicado todos los profesionales del equipo. Con el modelo de CI los fisioterapeutas tienen una cobertura jurídica y una vía de actuación clínica establecida en el marco de la seguridad clínica, dentro de sus competencias profesionales. Asimismo, el CI brinda el derecho de autonomía del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de rehabilitación valora positivamente la creación de un modelo pionero de CI para la técnica de PS dentro del marco competencial de fisioterapia, ofreciendo una cobertura jurídica que hasta ahora no existía en fisioterapia de atención especializada de los hospitales del Sector Zaragoza I. Asimismo, este proyecto ha permitido al equipo de rehabilitación consensuar la homogeneidad de la vía clínica de la técnica de PS de fisioterapia para aquellos pacientes que son susceptibles de este tipo de técnica pautada por el FEA rehabilitador.

Hasta la fecha fin de recogida de datos (25/02/2019) ningún paciente había revocado el CI (indicador del 0% de revocación del CI una vez firmado). El modelo de CI ha sido muy bien aceptado por los pacientes, ya que la mayoría expresaba comprender mejor la información sobre la técnica de PS e incluso tener mayor seguridad al poder reafirmar las explicaciones proporcionadas por los fisioterapeutas, consolidando la relación terapéutica. No obstante, aunque sólo se haya realizado en un 3,4% de los pacientes, hay que tener en cuenta que el objetivo principal de este proyecto de calidad era la elaboración del modelo de CI y que el tiempo de recopilación de datos ha sido desde el 10/12/2018.

Por lo tanto, queda abierta la posibilidad futura de un proyecto de seguimiento de la implantación del modelo de CI.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/250 ===== ***

Nº de registro: 0250

Título

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCIÓN SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCIÓN SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

GRAN EMBID SILVIA, ANAYA GIL TERESA, ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE, SOLER COLLADO CAROLINA, GALLEGO MURILLO MARIA JESUS, PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL, CORTES GIL ROSA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad clínica

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La punción seca (PS) es una técnica invasiva utilizada en fisioterapia para el tratamiento de síndrome de dolor miofascial con el objeto de disminuir y/o eliminar el dolor y reestablecer la función miofascial. Se realiza con agujas específicas similares a las de acupuntura, sin infiltrar ningún tipo de sustancia en el organismo. Requiere de una formación de fisioterapia específica y acreditada con tal. Asimismo, al incluirse el Servicio de Rehabilitación en atención especializada, en este caso, la técnica requiere estar pautada por FEA Rehabilitador. En base a lo dispuesto en la Ley 4/2002 (14 Noviembre), básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (arts. 8, 9 y 10), y en la Ley 6/2002 (15 Abril), de Salud de Aragón (arts. 4, 5, 6 y 12), se estima oportuna la creación de un modelo de documentación de consentimiento informado (CI) para la aplicación de la PS, al tratarse de un procedimiento invasivo al suponer riesgo e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente. Previamente, el paciente debe recibir información adecuada y comprensible sobre su proceso asistencial, así como las contraindicaciones, los riesgos, posibles efectos adversos, beneficios y alternativas de tratamiento de PS.

RESULTADOS ESPERADOS

-Informar adecuadamente y de forma comprensible al paciente sobre el procedimiento de la técnica, alternativas, contraindicaciones y posibles riesgos.
-Ejercer el derecho de autonomía del paciente respecto al proceso asistencial.
-Dotar de protección legal al profesional sanitario (fisioterapeuta) y al Servicio Aragonés de Salud.
Población diana: pacientes a los que se les pautó por el/la FEA rehabilitador/a la técnica de PS dentro de las órdenes médicas de fisioterapia en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

MÉTODO

Número de reuniones a realizar: 3

1ª Reunión: Diseño de la hoja de CI.
2ª Reunión: Diseño de la hoja de registro en formato digital. Puesta en marcha del proyecto con la presentación del CI definitivo a todo el equipo de rehabilitación implicado con la técnica de PS.
3ª Reunión: Recopilación de los datos registrados. Evaluación del proyecto, de posibles incidencias así como del grado de aceptación del paciente.

Recursos materiales:

- Hojas de CI.
- Hoja de registro en soporte digital (Excel).
- Carpeta para archivador.
- Impresora.

INDICADORES

INDICADOR: Porcentaje de pacientes que reciben PS del total de pacientes de la unidad
DESCRIPCIÓN: N° de pacientes que reciben PS / N° de pacientes totales de la unidad x 100

ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:

-La PS sólo se aplicará si está pautado por el FEA Rehabilitador.
-El fisioterapeuta está en posesión de la acreditación correspondiente a la formación de la técnica de PS.
-El CI ha de realizarse por cada supuesto, es decir, por cada tratamiento del paciente.

FUENTE:

-Lista de espera general de la Unidad de Fisioterapia de 2018-2019.
-Registro soporte papel de CI.
-Registro soporte digital tipo Excel.

ESTÁNDAR: 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

INDICADOR: Porcentaje de pacientes que revocan el CI una vez firmado

DESCRIPCIÓN: N° de pacientes que revocan el CI una vez firmado/ N° de pacientes totales que han firmado el CI x 100

ACLARACIÓN DE TÉRMINOS: El paciente puede revocar el CI en cualquier momento.

FUENTE:

- Registro soporte papel de CI.
- Registro soporte digital tipo Excel.

ESTÁNDAR: 5%-10%

DURACIÓN

1ª Reunión: (Diseño del CI) 15 días después de la aceptación del proyecto.

2ª Reunión: (CI definitivo, diseño del registro informático y presentación al resto del equipo de rehabilitación):

1 mes después de la primera reunión.

3ª Reunión: (Recabar datos y evaluación): 1 año después del inicio del proyecto.

Responsables de la implementación: profesionales del equipo del proyecto de mejora (fisioterapeutas, FEA rehabilitador, TCAE)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE CARMEN UNTORIA AGUSTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BADIOLA VARGAS JARA
CASCANTE MARTINEZ ALICIA
CIRES ORTIZ RAFAEL
GALINDO CHICO MIGUEL
GARCIA BARRECHEGUREN ELENA
LABAD ARAMBURU JORGE
VILLA GAZULLA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

4 reuniones del Equipo de Trabajo: 08/02/19, 13/03/19, 05/07/19 y 04/12/19.

Se han realizado las siguientes actividades

- o Se han revisado, actualizado y difundido cuatro protocolos de derivación de la patología osteomuscular más prevalente desde la Atención Primaria a la Atención Especializada: Cervicalgia, Lumbalgia, Hombro y Rodilla.
- o Se han depurado todas las interconsultas pendientes de citación, incorporando al buzón todos los pacientes pendientes de registro, realizando un análisis pormenorizado por CIAS y cruzando duplicidades de citas pendientes de Traumatología, Unidad Musculoesquelética y Rehabilitación. También depuración de pacientes pendientes pertenecientes a otros Sectores.
- o Implementación de una interconsulta virtual (IV) entre Atención Primaria, Rehabilitación y UME.
- o Se ha pedido la colaboración de los facultativos de Atención Primaria para solicitar la IV para aquellos pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología desde hace tiempo sin respuesta y que ha permitido depurar aquellos con demoras de más de un año.
- o Se han ajustado las agendas de Traumatología disponiendo huecos de citación, según criterios de priorización para pacientes valorados en IV desde la UME y/o RHB.
- o Se ha revisado el circuito y los protocolos de derivación a Fisioterapia de Atención Primaria y Servicio de Rehabilitación.
- o El Servicio de Reumatología ha trabajado en un protocolo de algoritmos de decisión y derivación en dolor lumbar que se presentará a partir de enero en Centros de Atención Primaria.
- o Se ha trabajado con Traumatología para empezar la IV en febrero 2020. Participarán todos los facultativos. Se valora la necesidad de aproximadamente 140-150 IV/semana. Pendiente de la adecuación de las agendas y de la valoración inicial de su repercusión en la gran cantidad de pacientes pendientes de ser vistos presencialmente.
- o Se ha empezado ya a registrar la actividad clínica en el Curso clínico de la HCE.
- o Se han programado talleres de infiltraciones para Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- prevalente.
- o Se han realizado 13 sesiones de formación para la difusión de los protocolos en Atención Primaria.
 - o Puesta en marcha de la IV en UME/Rehabilitación. La media semanal de IV es de 130 con un % de resolución sin cita presencial del 23.25%.
 - o Revisión protocolos de derivación de fisioterapia.
 - o Buzoneado y depuración de todas las peticiones pendientes.
 - o Registro de la actividad clínica en la HCE.

INDICADORES

Depuración de los pacientes pendientes de cita	100%
Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP	TRA: +27,35% RHB: +46,74% UME: -61,89% (UME ENE/SEP 2019)
% de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME	100% de los CS
% de resolución no presencial de las IV en RHB y en UME	25,33%
% de implementación Interconsultas virtuales Traumatología	NO
% de resolución no presencial de las IV en Traumatología	NO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Equipo de trabajo se ha implicado en el estudio de los datos y de las causas de la excesiva demora en primeras visitas en las consultas que reciben pacientes con patología osteomuscular. Se ha trabajado en la depuración de las duplicidades asistenciales y se ha apostado por la protocolización de su manejo y la unificación de criterios de actuación en la toma de decisiones, trabajando en la adecuación de la demanda y la racionalización del uso adecuado de los recursos de que disponemos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Se ha incorporado el manejo de las nuevas herramientas telemáticas, como la interconsulta virtual entre Atención Primaria y Hospitalaria a las agendas de RHB y UME, que ha supuesto un importante avance en la resolución de muchas de las consultas pendientes y en la priorización de los pacientes más urgentes pendientes de cita desde hace mucho tiempo, o el registro en el Curso clínico de la HCE para facilitar la disponibilidad y el intercambio de la información clínica de los pacientes.

Se ha mejorado la demora para Rehabilitación.

Pero todo ello no ha sido suficiente para conseguir el objetivo de disminuir las demoras de Traumatología y controlar la demanda y su adecuación a la oferta para la resolución de las patologías consultadas y de propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

El volumen de pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología y Rehabilitación supera las posibilidades de los objetivos previstos en este Proyecto, entendiéndose que su resolución requiere el abordaje de la problemática desde esferas más elevadas de planificación, organización y de dotación de recursos en un Sector Sanitario en continuo crecimiento respecto a la población asignada.

La imposibilidad de abordaje de esta problemática por parte del Grupo de trabajo, aunque ha trabajado y conseguido alguno de los objetivos previstos, hace que se dé por terminado con esta Memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

Título
VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
UNTORIA AGUSTIN CARMEN, VILLA GAZULLA MARIA TERESA, LABAT ARAMBURU JORGE, BARTOLOME MORENO CRUZ, CASCANTE MARTINEZ ALICIA, GARCIA BARRECHEGUREN ELENA, BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA, CIRES ORTIZ RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología osteomuscular es un problema de salud de alta prevalencia y causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad.

Las agendas de las especialidades implicadas en el tratamiento médico, rehabilitador o quirúrgico de los pacientes con estas dolencias sufren una excesiva demora en días para primera consulta, como también sucede con algunas pruebas de imagen solicitadas, lo que conlleva que se originen duplicidades asistenciales y de pruebas complementarias.

Durante los años 2017 y 2018 se desarrollaron sendos proyectos de mejora en el manejo de la patología osteomuscular en el Sector I, haciendo hincapié en la elaboración y difusión de protocolos clínicos consensuados entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria para el diagnóstico y tratamiento. Se priorizaron las patologías de hombro, rodilla y lumbar, unificando criterios de actuación en la toma de decisiones.

La incorporación de nuevas herramientas telemáticas como la interconsulta virtual entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, que tan buenos resultados está dando en otras especialidades, debe incorporarse a las agendas de RHB, Traumatología y UME (Unidad Musculoesquelética).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

RESULTADOS ESPERADOS

El Proyecto tiene un doble objetivo. Por una parte, disminuir las demoras para la atención a la patología osteomuscular en nuestro Sector. Por otra, revisar los circuitos y la puesta en marcha de los protocolos de derivación a los Servicios de Traumatología y Rehabilitación. Como objetivos operativos se pretende disminuir el tiempo de resolución de las patologías consultadas mediante la interconsulta virtual, evitar duplicidades en la derivación de la patología osteomuscular y disminuir los días de demora para primeras consultas en las especialidades de Rehabilitación y Traumatología. Como objetivos complementarios se trabajará por mejorar la idoneidad en la solicitud de pruebas complementarias. En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos y disminuir las demoras, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO

Grupo de trabajo multidisciplinar que, en reuniones periódicas, revisará los protocolos existentes y los adecuará a las nuevas circunstancias, diseñando un plan de difusión de los mismos. Trabjará en la implementación de la interconsulta virtual entre Atención Primaria, Rehabilitación, Traumatología y Unidad Musculoesquelética y en el ajuste de las agendas de Traumatología que permitan huecos de citación, según criterios de priorización, desde la UME y/o RHB. Al mismo tiempo, se trabajará en la depuración de todas las interconsultas pendientes de citación, evitando duplicidades. Todo ello partiendo de un pormenorizado análisis de situación y de un estudio de las derivaciones por CIAS y Centro de Salud.

Como conclusión, lo que se pretende es el diseño e implementación de un plan de choque que permita disminuir la demora existente para la atención osteomuscular en el Sector Zaragoza I.

INDICADORES

Depuración de los pacientes pendientes de cita AP	2019/2018 < 1	100%
Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP	2019/2018 < 1	
% de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME		100% de los CS
% de implementación Interconsultas virtuales Traumatología		100% de los CS
% de resolución no presencial de las IV	Pendiente	
% Adecuación solicitud de pruebas diagnósticas: Solicitudes desde AP de RMN por procesos osteomusculares.	2019/2018 < 1	
Definición de un plan de choque para disminución de la demora de Traumatología		SI

DURACIÓN

Febrero 2019: Creación del grupo de trabajo. Análisis de situación, fijación de objetivos y adecuación del cronograma previsto de actuación.
Marzo: Diseño del plan de choque para disminución de las demoras de Traumatología.
Marzo-Mayo 2019:
• Depuración de los pacientes pendientes de cita de Traumatología. UME y Rehabilitación.
• Implantación interconsulta virtual RHB y UME.
• Puesta en marcha del plan de difusión de los protocolos de atención a la patología osteomuscular.
Septiembre 2019: Corte evaluación de los indicadores.
Diciembre 2019-Enero 2020: Evaluación y cierre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE CARMEN UNTORIA AGUSTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BADIOLA VARGAS JARA
CASCANTE MARTINEZ ALICIA
CIRES ORTIZ RAFAEL
GALINDO CHICO MIGUEL
GARCIA BARRECHEGUREN ELENA
LABAD ARAMBURU JORGE
VILLA GAZULLA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

4 reuniones del Equipo de Trabajo: 08/02/19, 13/03/19, 05/07/19 y 04/12/19.

Se han realizado las siguientes actividades

- o Se han revisado, actualizado y difundido cuatro protocolos de derivación de la patología osteomuscular más prevalente desde la Atención Primaria a la Atención Especializada: Cervicalgia, Lumbalgia, Hombro y Rodilla.
- o Se han depurado todas las interconsultas pendientes de citación, incorporando al buzón todos los pacientes pendientes de registro, realizando un análisis pormenorizado por CIAS y cruzando duplicidades de citas pendientes de Traumatología, Unidad Musculo-esquelética y Rehabilitación. También depuración de pacientes pendientes pertenecientes a otros Sectores.
- o Implementación de una interconsulta virtual (IV) entre Atención Primaria, Rehabilitación y UME.
- o Se ha pedido la colaboración de los facultativos de Atención Primaria para solicitar la IV para aquellos pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología desde hace tiempo sin respuesta y que ha permitido depurar aquellos con demoras de más de un año.
- o Se han ajustado las agendas de Traumatología disponiendo huecos de citación, según criterios de priorización para pacientes valorados en IV desde la UME y/o RHB.
- o Se ha revisado el circuito y los protocolos de derivación a Fisioterapia de Atención Primaria y Servicio de Rehabilitación.
- o El Servicio de Reumatología ha trabajado en un protocolo de algoritmos de decisión y derivación en dolor lumbar que se presentará a partir de enero en Centros de Atención Primaria.
- o Se ha trabajado con Traumatología para empezar la IV en febrero 2020. Participarán todos los facultativos. Se valora la necesidad de aproximadamente 140-150 IV/semana. Pendiente de la adecuación de las agendas y de la valoración inicial de su repercusión en la gran cantidad de pacientes pendientes de ser vistos presencialmente.
- o Se ha empezado ya a registrar la actividad clínica en el Curso clínico de la HCE.
- o Se han programado talleres de infiltraciones para Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o Actualización de cuatro protocolos de derivación de la patología osteomuscular más prevalente.
- o Se han realizado 13 sesiones de formación para la difusión de los protocolos en Atención Primaria.
- o Puesta en marcha de la IV en UME/Rehabilitación. La media semanal de IV es de 130 con un % de resolución sin cita presencial del 23.25%.
- o Revisión protocolos de derivación de fisioterapia.
- o Buzoneado y depuración de todas las peticiones pendientes.
- o Registro de la actividad clínica en la HCE.

Depuración de los pacientes pendientes de cita 100%

Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP:
TRA: +27,35% RHB: +46,74% UME: -61,89% (UME ENE/SEP 2019)

% de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME 100% de los CS

% de resolución no presencial de las IV en RHB y en UME 25,33%

% de implementación Interconsultas virtuales Traumatología NO

% de resolución no presencial de las IV en Traumatología NO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Equipo de trabajo se ha implicado en el estudio de los datos y de las causas de la excesiva demora en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

primeras visitas en las consultas que reciben pacientes con patología osteomuscular. Se ha trabajado en la depuración de las duplicidades asistenciales y se ha apostado por la protocolización de su manejo y la unificación de criterios de actuación en la toma de decisiones, trabajando en la adecuación de la demanda y la racionalización del uso adecuado de los recursos de que disponemos.

Se ha incorporado el manejo de las nuevas herramientas telemáticas, como la interconsulta virtual entre Atención Primaria y Hospitalaria a las agendas de RHB y UME, que ha supuesto un importante avance en la resolución de muchas de las consultas pendientes y en la priorización de los pacientes más urgentes pendientes de cita desde hace mucho tiempo, o el registro en el Curso clínico de la HCE para facilitar la disponibilidad y el intercambio de la información clínica de los pacientes.

Se ha mejorado la demora para Rehabilitación.

Pero todo ello no ha sido suficiente para conseguir el objetivo de disminuir las demoras de Traumatología y controlar la demanda y su adecuación a la oferta para la resolución de las patologías consultadas y de propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

El volumen de pacientes pendientes de ser vistos en Traumatología y Rehabilitación supera las posibilidades de los objetivos previstos en este Proyecto, entendiéndose que su resolución requiere el abordaje de la problemática desde esferas más elevadas de planificación, organización y de dotación de recursos en un Sector Sanitario en continuo crecimiento respecto a la población asignada.

La imposibilidad de abordaje de esta problemática por parte del Grupo de trabajo, aunque ha trabajado y conseguido alguno de los objetivos previstos, hace que se dé por terminado con esta Memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

Título
VALORACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
UNTORIA AGUSTIN CARMEN, VILLA GAZULLA MARIA TERESA, LABAT ARAMBURU JORGE, BARTOLOME MORENO CRUZ, CASCANTE MARTINEZ ALICIA, GARCIA BARRECHEGUREN ELENA, BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA, CIRES ORTIZ RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología osteomuscular es un problema de salud de alta prevalencia y causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad.

Las agendas de las especialidades implicadas en el tratamiento médico, rehabilitador o quirúrgico de los pacientes con estas dolencias sufren una excesiva demora en días para primera consulta, como también sucede con algunas pruebas de imagen solicitadas, lo que conlleva que se originen duplicidades asistenciales y de pruebas complementarias.

Durante los años 2017 y 2018 se desarrollaron sendos proyectos de mejora en el manejo de la patología osteomuscular en el Sector I, haciendo hincapié en la elaboración y difusión de protocolos clínicos consensuados entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria para el diagnóstico y tratamiento. Se priorizaron las patologías de hombro, rodilla y lumbar, unificando criterios de actuación en la toma de decisiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0285

1. TÍTULO

VALORACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

La incorporación de nuevas herramientas telemáticas como la interconsulta virtual entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, que tan buenos resultados está dando en otras especialidades, debe incorporarse a las agendas de RHB, Traumatología y UME (Unidad Musculoesquelética).

RESULTADOS ESPERADOS

El Proyecto tiene un doble objetivo. Por una parte, disminuir las demoras para la atención a la patología osteomuscular en nuestro Sector. Por otra, revisar los circuitos y la puesta en marcha de los protocolos de derivación a los Servicios de Traumatología y Rehabilitación. Como objetivos operativos se pretende disminuir el tiempo de resolución de las patologías consultadas mediante la interconsulta virtual, evitar duplicidades en la derivación de la patología osteomuscular y disminuir los días de demora para primeras consultas en las especialidades de Rehabilitación y Traumatología. Como objetivos complementarios se trabajará por mejorar la idoneidad en la solicitud de pruebas complementarias. En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos y disminuir las demoras, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO

Grupo de trabajo multidisciplinar que, en reuniones periódicas, revisará los protocolos existentes y los adecuará a las nuevas circunstancias, diseñando un plan de difusión de los mismos. Trabaja en la implementación de la interconsulta virtual entre Atención Primaria, Rehabilitación, Traumatología y Unidad Musculoesquelética y en el ajuste de las agendas de Traumatología que permitan huecos de citación, según criterios de priorización, desde la UME y/o RHB. Al mismo tiempo, se trabajará en la depuración de todas las interconsultas pendientes de citación, evitando duplicidades. Todo ello partiendo de un pormenorizado análisis de situación y de un estudio de las derivaciones por CIAS y Centro de Salud.

Como conclusión, lo que se pretende es el diseño e implementación de un plan de choque que permita disminuir la demora existente para la atención osteomuscular en el Sector Zaragoza I.

INDICADORES

Depuración de los pacientes pendientes de cita 100%
Disminución de la demora en consultas externas de Traumatología, Rehabilitación, UME y Fisioterapia de AP 2019/2018 < 1
% de implementación Interconsultas virtuales RHB/UME 100% de los CS
% de implementación Interconsultas virtuales Traumatología 100% de los CS
% de resolución no presencial de las IV Pendiente
% Adecuación solicitud de pruebas diagnósticas: Solicitudes desde AP de RMN por procesos osteomusculares. 2019/2018 < 1
Definición de un plan de choque para disminución de la demora de Traumatología SI

DURACIÓN

Febrero 2019: Creación del grupo de trabajo. Análisis de situación, fijación de objetivos y adecuación del cronograma previsto de actuación.

Marzo: Diseño del plan de choque para disminución de las demoras de Traumatología.

Marzo-Mayo 2019:

- Depuración de los pacientes pendientes de cita de Traumatología. UME y Rehabilitación.
- Implantación interconsulta virtual RHB y UME.
- Puesta en marcha del plan de difusión de los protocolos de atención a la patología osteomuscular.

Septiembre 2019: Corte evaluación de los indicadores.

Diciembre 2019-Enero 2020: Evaluación y cierre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0476

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CAMBRA LINES
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERIZ BARBANOJ VICTOR
ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de abril de 2019 se realiza una búsqueda actualizada revisando las últimas evidencias sobre la prevención y autocuidados del linfedema y la capsulitis de hombro asociadas a cirugía de mama (cuadrantectomía y/o mastectomía). Se exponen y analizan las dudas más frecuentes formuladas por las pacientes.

A finales de dicho mes de abril se elabora, confecciona y aprueba el nuevo folleto actualizado, programando su implantación para el 2 de mayo de 2019.

Se reitera la entrega del folleto durante el ingreso (en un plazo máximo de 36 horas tras la cirugía) por parte de los fisioterapeutas especializados acompañado de una breve explicación. Por norma general el folleto es entregado a la paciente salvo que no se encuentre bien o tenga dificultades cognitivas(demencia o incomprensión del idioma, entre otras), entregándose en tal caso a un familiar directo.

Se refuerza el compromiso en la cumplimentación del registro en hoja excel, de las intervenciones fisioterápicas sobre pacientes que precisaron cirugía mamaria especificando: nombre y apellidos de paciente, diagnóstico y el día de la intervención, el día que acude el fisioterapeuta a planta, si reciben o no el folleto (en caso negativo por qué motivo) y si tienen conocimientos previos sobre linfedema y capsulitis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2019, 93 mujeres fueron intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Desde la implantación del proyecto el día 2 de mayo de 2019, se registraron 72 cirugías, de las cuales el 84% recibió las recomendaciones durante el ingreso -el 16% restante ya había sido dado de alta cuando el fisioterapeuta acudió a planta-.

De las pacientes que recibieron el folleto y la explicación tan sólo un 27% afirmó tener conocimientos previos sobre linfedema, capsulitis y su prevención.

Hasta la fecha (30 de diciembre de 2019) ninguna de las paciente intervenidas de mama fue derivada a fisioterapia para el tratamiento de un linfedema precoz y/o capsulitis de hombro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El linfedema es una afección crónica e insidiosa que no sólo merma la calidad de vida del que la padece sino que también requiere una adecuada planificación y gestión de los recursos sanitarios, humanos, materiales y económico-financieros para su control y tratamiento. A pesar de ello, en la actualidad, sigue siendo un gran "desconocido".

Es fundamental seguir promoviendo y desarrollando estrategias de prevención primaria y educación sanitaria enfocadas a otorgar al paciente información sobre su prevención, identificación de complicaciones y eliminación de los factores de riesgo promoviendo hábitos y estilos de vida saludables.

Consideramos la entrega del folleto durante la fase intrahospitalaria una muy buena opción por su bajo coste y alto beneficio, pues fomenta la autorresponsabilidad e implicación del paciente junto a una gestión más equitativa, eficiente y efectiva de los recursos disponibles. Por todo ello, valoramos su implantación definitiva en la unidad de rehabilitación-fisioterapia del sector I de Zaragoza, con revisiones periódicas cuando se estime necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/476 ===== ***

Nº de registro: 0476

Título
ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO

Autores:
CAMBRA LINES MARIA PILAR, PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL, ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0476

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El linfedema es una patología crónica e insidiosa que afecta tanto a la salud como a la calidad de vida de quienes lo padecen. Se caracteriza por una alta incidencia tras cirugía de cáncer de mama y tratamientos quimio y radioterápicos. El dolor crónico postquirúrgico está presente entre un 25 y 50% de los pacientes; la combinación de cirugía y radioterapia se relaciona con un 48% de afectación en la movilidad articular del brazo y los pacientes con linfedema asociado tienen mayor discapacidad en el miembro superior afecto (38%) comparado con las pacientes sin linfedema. Por todo ello es importante no solo diagnosticar y tratar el edema sino prevenir su aparición, sus complicaciones y su evolución.

Desde el año 2015 en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, las pacientes intervenidas de carcinoma de mama y sus familiares reciben en un plazo máximo de 24-48 horas tras la cirugía, una breve exposición y un folleto informativo con consejos generales para mantener una buena salud, medidas que minimizan el riesgo de edema, autocuidados, ejercicios e identificación de signos de alarma

Sin embargo, a lo largo de estos años, se han detectado ambigüedades en el folleto y los pacientes solían trasladarnos dudas similares sobre el contenido del mismo, lo que nos ha motivado a revisar, actualizar y modificar el contenido de dicho tríptico.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar a los pacientes intervenidos de cáncer de mama y sus familias una información actualizada para la prevención del linfedema y sus complicaciones
- Conseguir la implicación del paciente y facilitarle la autorresponsabilidad en el manejo de su enfermedad, minimizando las secuelas del linfedema y mejorando su calidad de vida
- Resolver las dudas más prevalentes acerca de las medidas preventivas y autocuidados
- Mejorar la vía de comunicación paciente-fisioterapeuta

MÉTODO

- Búsqueda bibliográfica actualizada y basada en la evidencia respecto al linfedema y sus repercusiones
- Reunir a los miembros del equipo para analizar, modificar y resolver las dudas más prevalentes, mínimo 2 veces al mes aunque se podrán fijar tantas como sea necesario.
- Confeccionar el nuevo tríptico.

INDICADORES

- 1) Porcentaje de pacientes intervenidas de mama que reciben las recomendaciones en un plazo de 24-48 horas tras ésta
Descripción: N° pacientes que reciben información de ejercicios de hombro recomendados tras primeras 24 y 48 horas tras cirugía/n° pacientes intervenidas de Ca.mama x100
Fuente: Parte quirúrgico y registro de pacientes atendidas
Estándar: 80-90%
- 2) Porcentaje de pacientes intervenidas de mama que manifiestan linfedema precoz
Descripción: N° pacientes que desarrollen linfedema precoz/n° pacientes intervenidas de Ca.mama x100
Fuente: Registro de pacientes atendidas y registro de pacientes derivadas a Fisioterapia para tratamiento linfedema
Estándar:70-80%
- 3) Porcentaje de pacientes intervenidas de mama con conocimientos previos sobre el linfedema
Descripción: N° pacientes que ya conocían las medidas preventivas/ n° de pacientes intervenidas de Ca mama x 100
Fuente: Pacientes
Estándar:75-85%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0476

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROYECTO DE CALIDAD PARA LA PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS POSTCIRUGIA: REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DEL TRIPTICO

DURACIÓN

- MARZO 2019: Búsqueda bibliográfica actualizada y basada en la evidencia respecto al linfedema y sus repercusiones
- ABRIL 2019: Reunir a los miembros del equipo para analizar, modificar y resolver las dudas más prevalentes, mínimo 2 veces al mes aunque se podrán fijar tantas como sea necesario
- MAYO 2019: Confeccionar el nuevo tríptico.
- JUNIO 2019: Implantación del proyecto
- ENERO 2020: Análisis de datos y memoria final

OBSERVACIONES

Este proyecto supone la actualización del contenido del "Proyecto de mejora en la atención de la paciente intervenida de carcinoma de mama con extirpación ganglionar axilar: prevención del linfedema y de la capsulitis de hombro post cirugía"

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0478

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA ANAYA GIL
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMBRA LINES MARIA PILAR
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS
VIZAN IDOIBE TERESA
SANTAMARIA TORROBA MARIA AMPARO
BAÑOS GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se había planteado en el proyecto de calidad, se realizaron dos reuniones: una primera reunión con las facultativas responsables de las pacientes con linfedema del Sector I, para acordar y afianzar los criterios de estadificación del linfedema y unificar los criterios de derivación e inclusión en el proyecto. La segunda reunión implicó solamente a las dos fisioterapeutas incluidas en el proyecto, que han sido las profesionales que han enseñado a las pacientes las maniobras a realizar, así como reforzado los consejos e indicaciones para el cuidado del brazo afectado.

No se ha elaborado ningún material para realizar el proyecto, siendo suficiente con las reuniones realizadas. Con respecto a las sesiones realizadas con las pacientes, el mínimo han sido tres sesiones, aunque en algunos casos se ha realizado alguna más si ha sido necesario, en el caso de que la paciente tuviera problemas en el aprendizaje de la técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido muy satisfactorios, ya que de un total de 27 pacientes que fueron vistas en consulta por las facultativas, a partir de la fecha de implantación del proyecto (01/05/19) todas han recibido las tres sesiones (mínimo) para el aprendizaje de la técnica y el refuerzo de los consejos y autocuidados del brazo afectado.

El estándar a alcanzar era el 100%, por lo tanto este ítem ha sido alcanzado satisfactoriamente.

La fuente de datos ha sido la hoja excel creada para la recogida de los nombres de las pacientes y la fecha de su inclusión en el gimnasio para realizar las sesiones con las fisioterapeutas.

El impacto del proyecto ha sido muy positivo, tanto para el servicio de rehabilitación como para las pacientes. Todas ellas han manifestado su agradecimiento por la atención recibida y el seguimiento por parte de las facultativas en esta fase tan temprana del linfedema.

El indicador era solamente uno: N° de pacientes que reciben enseñanza / N° pacientes con linfedema grado 0/I x 100.

27/27x100= 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente los objetivos finales del proyecto a fecha actual, de 07/01/2020.

Con todo esto, consideramos que el proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible en adelante en el Servicio de Rehabilitación del HNSG, quedando así implantado indefinidamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/478 ===== ***

Nº de registro: 0478

Título
PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I

Autores:
ANAYA GIL TERESA, CAMBRA LINES MARIA PILAR, CHAMORRO LASALA MARIA JESUS, VIZAN IDOIBE TERESA, SANTAMARIA TORROBA MARIA AMPARO, BAÑOS GARCIA CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0478

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2015 se realizó en el Hospital Nuestra Señora de Gracia la unificación de los tratamientos para las pacientes con linfedema en un protocolo con el cual optimizar los recursos del Sector I y ofrecer el mejor tratamiento a estas pacientes.

Gracias a este " Proyecto de mejora en la atención de la paciente intervenida de carcinoma de mama con extirpación ganglionar axilar: prevención del linfedema y de la capsulitis postcirugía", en las 24-48 tras la intervención quirúrgica se les entrega a las pacientes un folleto explicativo y una pequeña exposición acerca de las secuelas postcirugía.

Dado que la demanda asistencial en nuestros Sistemas Públicos de Salud es creciente y los recursos limitados, se debe aplicar un crecimiento controlado del gasto, garantizando la cantidad y calidad de las prestaciones de forma equitativa y solidaria, de ahí el interés de los protocolos y las guías de práctica clínica. Por lo tanto, no es necesario tratar a todos los pacientes.

En este contexto, la pirámide del Kaiser Permanente sugiere que hasta el 80% de todos los pacientes con patologías crónicas pueden ser gestionados empleando autocuidados dirigidos.

A su vez, existe un consenso general entre las distintas Sociedades Médicas (Sociedad Internacional de Linfología, SERMEF y The National Breast and Ovarian Cancer Centre) sobre las recomendaciones de Higiene y Cuidados Personales.

El linfedema de Grado I es un edema con fovea que disminuye o desaparece con la elevación, no existiendo evidencia clínica de fibrosis ni evidencia médica de que el tratamiento con DLM o TDC (Terapia Descongestiva Compleja) prevenga la aparición del linfedema.

La estadificación del linfedema deja a las pacientes con linfedema de Grados 0 y I sin tratamiento fisioterápico, pero con la necesidad de aprender unos autocuidados de mantenimiento que llevarán a cabo de forma diaria y permanente en el tiempo.

Actualmente las pacientes del sector I con linfedema Grado I reciben el mismo tratamiento fisioterápico que las de Grado II (DLM+ presoterapia). De acuerdo con la reciente evidencia médica, un reparto equitativo y adecuado de los recursos sanitarios y sin sobrecargar las listas de espera, se propone la enseñanza del autodrenaje a estas pacientes junto a un plan de autocuidados (ejercicios activos, cuidados posturales y de la piel, uso de la prenda de contención, entre otros)

El autodrenaje es una versión simplificada del DLM, que consiste en una serie de maniobras sencillas para drenar los grupos ganglionares más importantes, siguiendo la anatomía del sistema linfático. Se recomienda a las pacientes que lo aprendan para aplicárselo en casa diariamente y con una duración de 15-30 minutos

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto sería la enseñanza del automasaje a las pacientes con linfedema de Grados 0 y I.

Se realizarían tres sesiones en el gimnasio, con una de las fisioterapeutas especializadas en DLM, con el objetivo de enseñar la técnica a las pacientes, para que se la realicen en su domicilio diariamente.

Otro objetivo sería reforzar las indicaciones que ellas ya deberían conocer sobre cuidados de la piel y ejercicios linfodinámicos, mediante el folleto que se les entrega tras la cirugía.

Población diana: pacientes del Sector I con linfedema de Grado 0 y I.

MÉTODO

Para la puesta en marcha del proyecto se realizarán dos reuniones:

1. Reunión de todo el equipo para acordar y afianzar los criterios de estadificación del linfedema y asegurar su conocimiento por parte de todos los profesionales que estarán en contacto con las pacientes.
2. Reunión únicamente de las fisioterapeutas que enseñarán la técnica, para unificar los pasos de la misma y evitar diferencias en su enseñanza a las pacientes.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0478

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD DE ENSEÑANZA DEL AUTOMASAJE PARA PACIENTES DEL SECTOR I CON LINFEDEMA DE GRADO I

Solamente se usará un indicador, el número de pacientes que reciben la enseñanza del automasaje, sobre el total de pacientes con linfedema de Grado 0/I vistas en la consulta de Rehabilitación.

Descripción: N° pacientes que reciben enseñanza/ N° pacientes con linfedema Grado 0/ I x 100.

Fuente de datos: registro de pacientes del Servicio de Rehabilitación.

Estándar: el valor máximo a alcanzar sería el 100%.

DURACIÓN

1. Primera reunión: Marzo 2019.
2. Segunda reunión: Abril 2019.
3. Implantación del proyecto de enseñanza: 01/05/2019.
4. Análisis de datos y resultados: Enero 2020, ya que se contabilizarán las pacientes hasta el 31/12/2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0289

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 - 2019/0607

1. TÍTULO

CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR RUBIO CASALO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN
LABRADOR DIAZ ANNA MARIE
COLINA ONTAÑON MARIA LUISA
GIL EGEA ESMERALDA
GOMEZ SANZ CARMEN AMPARO
PAMPLONA CALEJERO ELENA
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Cumpliendo con el calendario planificado inicialmente, se han llevado a cabo todas las actividades de este proyecto:
Actividad 1ª: Creación de un grupo de trabajo. Marzo 2019.
Actividad 2ª: Búsqueda de información mediante recursos bibliográficos. Marzo 2019.
Actividad 3ª: Revisión y actualización del procedimiento de traslado del paciente dentro del Manual de funcionamiento de la unidad. Abril 2019.
Actividad 4ª: Realización de un check list de planificación de traslado intrahospitalario. Abril 2019
Actividad 5ª: Sesiones formativas para todo el personal de Enfermería de la UCI a través de una presentación en power point, llevándose un registro del personal formado. Mayo-Junio 2019.
Actividad 6ª: Implementación del nuevo procedimiento. Junio 2019.
Actividad 7ª: Medición de indicadores tras haber puesto en marcha el procedimiento. La medición de indicadores se ha ampliado hasta Enero de 2020 para obtener una muestra representativa.
Responsables: Todo el grupo de trabajo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Se realizaron sesiones formativas en la misma unidad mediante charlas cortas y presentación visual apoyada por power point. Entre el personal formado se incluyó a enfermería, TCAEs y estudiantes de enfermería. En la misma charla se presentaba la nueva plantilla check list y se resolvían todas las dudas que surgieron entre el personal. Se llevó un registro del personal formado. Se alcanzó el 100% de profesionales que recibieron la información sobre el procedimiento de traslado intrahospitalario. Se cumplieron los indicadores previstos.
Se ha realizado un proceso de recogida y análisis de los check list. Tras un registro de los pacientes trasladados intrahospitalariamente (en nuestra unidad: Quirófano y TAC) se verifica la correcta cumplimentación de los check list para cada caso individualizado obteniéndose un 100% en aquellos pacientes cuyo destino es quirófano y un 92,3% en aquellos pacientes trasladados para la realización de un TAC. En ambos casos no se ha hecho distinción entre el carácter del traslados, programados o urgentes.
En un total de 24 casos se ha obtenido 95,8% de check list adecuadamente cumplimentados. Se ha alcanzado el objetivo planificado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. El método elegido para informar al personal de la unidad del nuevo paquete de cuidados ha resultado efectivo sin suponer un incremento de su carga de trabajo, ya que las charlas formativas se realizaron durante su turno de trabajo y aprovechando periodos de baja carga laboral, por lo que ha resultado satisfactorio para todo el personal.
Sería conveniente modificar el diseño del check list, puesto que aunque se trata de un documento muy completo resulta visualmente poco atractivo debido a que el contenido textual resulta extenso.
Dado el carácter de urgencia de algún traslado intrahospitalario el check list se rellenó tras el regreso a la unidad perdiéndose el contexto de planificación por el que fue creado.
Por último, el apartado de observaciones ha supuesto una ayuda a la hora de descubrir posibles eventos o efectos adversos surgidos durante el traslado y cómo se resolvieron.
Estas incidencias aportan nuevas líneas de trabajo para posibles revisiones en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

----- PROYECTO DE REFERENCIA ----- (Año 2019 N°Reg 607) -----

Nº de registro: 0607

Título
CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0607

1. TÍTULO

CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO

Autores:

RUBIO CASALO MARIA PILAR, IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN, LABRADOR DIAZ ANA MARIE, COLINA ONTAÑON MARIA LUISA, GIL EGEE ESMERALDA, GOMEZ SANZ CARMEN AMPARO, PAMPLONA CALEJERO ELENA, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR

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: PACIENTES CRITICOS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos medios diagnósticos o terapéuticos no pueden ser trasladados hasta la propia cama del paciente, por lo tanto es necesario el transporte de pacientes en estado crítico, especialmente para la realización de pruebas diagnósticas.

El transporte intrahospitalario de pacientes críticos, definido como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, puede originarse desde distintas áreas del mismo.

Las indicaciones principales suelen ser el traslado a quirófano y la realización de pruebas diagnósticas.

Dado que este procedimiento no es inocuo ni falto de complicaciones, es necesario antes de indicar la realización de un procedimiento que lleve implícito un desplazamiento de un paciente, una adecuada planificación consistente en: 1) estabilización previa del enfermo, 2) valoración de peligros potenciales y de las necesidades individuales, 3) necesidad de monitorización, 4) preparación del material y 5) mantenimiento de la vigilancia clínica y tratamiento instaurado en UCI.

La alta frecuencia de este tipo de traslados indica la conveniencia de desarrollar protocolos de transporte en cada UCI en función de las patologías que se atiendan.

Cuando el transporte intrahospitalario lo realiza un equipo entrenado y especializado en el movimiento de pacientes, con una buena monitorización, las posibles complicaciones que puedan aparecer durante el mismo se pueden prevenir.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir los potenciales riesgos de incidentes o eventos adversos durante el traslado.
- Proporcionar a los pacientes aquellos medios de diagnóstico y tratamiento más adecuado a su problema de salud.
- Formar al personal de Enfermería de la UCI, fijo y eventual, en la adecuada valoración y preparación del paciente que va ser trasladado.
- Unificar criterios de actuación del personal sanitario respecto al traslado del paciente de UCI.
- Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
- Crear un grupo de trabajo.

MÉTODO

Actividad 1ª: Creación de un grupo de trabajo.
Actividad 2ª: Búsqueda de información mediante recursos bibliográficos.
Actividad 3ª: Revisión y actualización del procedimiento de traslado del paciente dentro del Manual de funcionamiento de la unidad,
Actividad 4ª: Realización de un check list de planificación de traslado
Actividad 5ª: Sesiones formativas para todo el personal de Enfermería de la UCI.
Actividad 6ª: Implementación del nuevo procedimiento.
Actividad 7ª: Medición de indicadores tras haber puesto en marcha el procedimiento.
Responsables: Todo el grupo de trabajo.

INDICADORES

- Porcentaje de profesionales que reciben la información sobre el procedimiento de traslado. Valor a alcanzar: 100%
- Porcentaje de check list adecuadamente cumplimentados. Valor a alcanzar: 95%

DURACIÓN

Fecha inicio: 15 marzo 2019
Fecha finalización: 15 octubre 2019
Actividad 1ª: Creación de un grupo de trabajo. Marzo 2019
Actividad 2ª: Búsqueda de información mediante recursos bibliográficos. Marzo 2019
Actividad 3ª: Revisión y actualización del procedimiento de traslado del paciente dentro del Manual de funcionamiento de la unidad. Abril 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0607

1. TÍTULO

CREACION DE UN "CARE BUNDLE" (PAQUETE DE CUIDADOS) PARA PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN EL PACIENTE CRITICO

Actividad 4ª: Realización de un check list de planificación de traslado. Abril 2019.
Actividad 5ª: Sesiones formativas para todo el personal de Enfermería de la UCI. Mayo- Junio 2019
Actividad 6ª: Implementación del nuevo procedimiento. Mayo- Junio 2019
Actividad 7ª: Medición de indicadores tras haber puesto en marcha el procedimiento. Octubre 2019
Responsables: Todo el grupo de trabajo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0562

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 mas practico valorar todo el año 2017. La actividad principal es la realización del Triage-PAT. Del traje se detectan los pacientes con nivel V que pueden ser atendidos por enfermería y previa información al medico de guardia, se realizan las acciones necesarias para la solución del problema.
Los motivos de consulta mas 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 medica, 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 - 2018/0828

1. TÍTULO

"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"

Fecha de entrada: 11/02/2019

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
CHICOTE ABADIA BEGOÑA
SANCHEZ RAYERO PATRICIA
GIL SANCHEZ ESPERANZA
ESCARTIN GARCIA CARLOS
GUILLEN VIRUETE CARMEN
FALCES GARCIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nunca hemos valorado, en el servicio de Urgencias, como un indicador de calidad, a aquellos pacientes que se fugan. Por eso y aprovechando que el nuevo sistema de SET_PAT es más completo y nos proporciona mayor información, nos propusimos comprobar como este indicador de calidad podía ayudarnos a mejorar. Se establecieron tres grupos: El 1er grupo serían los pacientes perdidos que se van sin ser registrados en admisión. El 2º grupo, los que se registran administrativamente y se van sin esperar ser triados. El 3er grupo, los que una vez triados se marchan sin esperar a ser atendidos por el médico. Dentro de la actividad que se programó, fue una mayor comunicación con el Servicio de Admisión de Urgencias. Ellos son los que detectan cuando un paciente esta remiso a dar sus datos personales y se va dando cualquier excusa.

Estos pacientes del 1er grupo, sin registro son muy difíciles de detectar pues prácticamente desaparecen de la ventanilla de admisión sin dar ninguna explicación, ni excusa, simplemente se dan media vuelta y se van. Se pactó con admisión en avisar rápidamente a enfermería para que pudiera interceptarlos, pero no se consiguió nada, bien porque enfermería no podía salir tan rápidamente como era necesario o bien porque ellos se iban enseguida. Controlar el 2º grupo de pacientes, fue más fácil, al haber dado los datos administrativamente se pudieron contabilizar.

En el 3er grupo de pacientes, fue fácil la valoración y el control del tiempo de espera, ya que eran pacientes triados, que fueron fuga o alta voluntaria ante la demora de la atención en los niveles III, IV y V. Se contó como recurso informático con el programa PCH de Urgencias y PAT de triaje de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los indicadores:

1er Indicador: Número de pacientes perdidos antes de ser triados por enfermería (196) por el número total de pacientes registrados en Admisión (5640)

1er IC = $196: 5640 \times 100 = 3,475\%$

2º Indicador: Número de pacientes perdidos antes de ver vistos por el médico (142) por el número total de pacientes triados por enfermería (5444)

2º IC = $142: 5444 \times 100 = 2,608\%$

Según el control estadístico, que se ha realizado con los datos del PCH, dentro de los 142 pacientes perdidos se ha encontrado, que según los niveles de clasificación por emergencia los pacientes que más se han perdido, han sido los de niveles IV y V. Haciendo diferenciación entre fugados y los que solicitaron alta voluntaria.

Nivel de Urgencias	Fugados	Alta Voluntaria	Total	%
Nivel V	27	18	45	31,6%
Nivel IV	48	26	74	52,1%
Nivel III	8	11	19	13,3%
Nivel II	1	3	4	2,8%

El estandar que hemos conseguido de pacientes con Altas voluntaria en el H. Migel Servet es de un 2,4% y en el H.Royo Villanova es de un 2,3%, el estandar de nuestro hospital estaria en 1,06, siendo el del SALUD 1,9%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para evitar fugas o altas voluntarias, se ha priorizado la atención y el triaje de enfermería, intentando no superar los tiempos de entre 10' a 15' minutos para la realización del triaje.

Se ha hecho más hincapié en el retriaje, pero los niveles IV y V aunque se haga un retriaje, con tiempos de espera tan largos no se ha conseguido mejorar, los pacientes tienden a irse.

No se ha utilizado el sobretriaje.

Sobre todo se ha intentado retriarse el nivel III, que es el que más carga emocional contiene al ser un paciente urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que exige pruebas diagnósticas y que puede aguantar hasta una demora máxima de 60 minutos.

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. El retriaje hace que el paciente no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0828

1. TÍTULO

"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"

tenga la sensación de que se han olvidado de él.
Se aseguró la praxis de enfermería frente a la toma de decisiones sencillas y actuaciones rápidas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/828 ===== ***

Nº de registro: 0828

Título
PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD (IC)

Autores:
LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA, ARROYO RAMOS ESTHER, VELA MARTIN DE LA MOTA IRENE, CHICOTE ABADIA BEGOÑA, GIL SANCHEZ 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: todas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora continua de la asistencia

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de todos los trabajos que hemos realizado en el Servicio de urgencias del H. Ntra. Sra. de Gracia, hemos evaluado diferentes Indicadores de Calidad siempre relacionados con la atención de los pacientes una vez clasificados y su nivel de urgencia, pero nunca hemos valorado aquellos pacientes que se "fugan", pacientes perdidos que tanto se van sin ser registrados administrativamente, los que se registran y se van, como los que se van sin ser clasificados. El conocer estos datos nos permitirá poner en marcha mecanismos de corrección y mejora dentro de la dinámica de mejora continua de la calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Evaluar y relacionar los niveles de urgencia con los IC específicos para el estudio.
2. Valorar, conocer y evaluar el índice de pacientes registrados pero no clasificados
3. Valorar, conocer y evaluar el índice de pacientes clasificados pero no visitados.
4. Conocer el estándar donde se sitúa nuestro servicio de urgencias

MÉTODO
Dentro de las actividades previstas es necesaria una comunicación óptima con el Servicio de Admisión de Urgencias para poder detectar pacientes con riesgo de fuga, no registrados. Este estándar es prácticamente imposible de establecer, pues son pacientes que apenas permanecen en la sala de espera y se van.

Control de tiempo de espera para aquellos pacientes que esperan a ser triados, no superando los 10 minutos desde su registro.

De la misma manera control del tiempo de espera de todos aquellos pacientes clasificados, triados, que puedan ser objeto de fuga o alta voluntaria ante la demora de atención, en los niveles III, IV y V

INDICADORES
El índice de pacientes no visitados ha sido definido como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación, por lo que planteamos dos indicadores concretos.
1er IC: Nº pacientes perdidos antes de ser clasificados (triados)
Total de pacientes registrados

2º IC: Nº pacientes perdidos y clasificados sin ser vistos por medico
Total de pacientes clasificados (triados)

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0828

1. TÍTULO

"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"

Seguimiento del proyecto los tres últimos meses consecutivos del año 2018, desde el 1 de octubre al 31 de diciembre.
Se implantará y se seguirá por todos los profesionales de enfermería del servicio y durante los tres turnos de trabajo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0558

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 - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 18/12/2018

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
ESTABEN NAVARRO SILVIA
VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA
ANGULO BORQUE ANA OLGA
ASCASO VILLAGRASA SUSANA
DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS
MATEO PALACIOS EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo tiene dos palés con las radiografías a destruir.
2. En la Unidad de Archivos colocamos cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla ha trabajado su parte del archivo, expurgo y colocación.
4. Incluimos el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio. Los sobres de historias han bajado de peso considerablemente.
Se ha realizado el total del expurgo, falta contabilizarlo. Entre los dos Hospitales de Sector I hemos sacado aproximadamente 2000 kg de radiografías digitales y 1000 kg de analógicas, hay que sumar lo que tienen en Pasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha sido muy positivo, la plantilla estaba muy motivada porque había un beneficio directo en su trabajo diario. Las radiografías que han quedado en las historias, procedentes de Seguros Privados se podrán expurgar cuando cumplan los requisitos de antigüedad correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

LA PLANTILLA CAMBIÓ POCO DESPUÉS DE PRESENTAR EL PROYECTO.

PERSONAS QUE QUEDARON FUERA DEL PROYECTO: VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA Y DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS.

PERSONAS QUE HAY QUE INCLUIR EN EL PROYECTO: LOZANO PERALES MARIA DEL MAR, VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR, HERRANZ SOLANO FERNANDO Y MATA PANIVINO MARIA VICTORIA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/46 ===== ***

Nº de registro: 0046

Título
EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, ESTABEN NAVARRO SILVIA, VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA, DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS, MATEO PALACIOS EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

MÉTODO

1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.
2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..
4. Hemos incluido el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

INDICADORES

- % HISTORIAS EXPURGADAS
- % ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

DURACIÓN

INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

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
ESTABEN NAVARRO SILVIA
MATEO PALACIOS EDUARDO
LOZANO PERALES MARIA DEL MAR
VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR
HERRANZ SOLANO FERNANDO
MATA PANIVIVINO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo tiene dos palés con las radiografías a destruir.
2. En la Unidad de Archivos colocamos cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla ha trabajado su parte del archivo, expurgo y colocación.
4. Incluimos el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
 - Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio. Los sobres de historias han bajado de peso considerablemente.
- Se ha realizado el total del expurgo, falta contabilizarlo. Entre los dos Hospitales de Sector I hemos sacado aproximadamente 2000 kg de radiografías digitales y 1000 kg de analógicas, hay que sumar lo que tienen en pasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha sido muy positivo, la plantilla estaba muy motivada porque había un beneficio directo en su trabajo diario. Las radiografías que han quedado en las historias, procedentes de Seguros Privados se podrán expurgar cuando cumplan los requisitos de antigüedad correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/46 ===== ***

Nº de registro: 0046

Título
EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, ESTABEN NAVARRO SILVIA, VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA, DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS, MATEO PALACIOS EDUARDO

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 ..: Otras
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

MÉTODO

1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naveas. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.

2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.

3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..

4. Hemos incluido el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.

5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

INDICADORES

% HISTORIAS EXPURGADAS

% ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

DURACIÓN

INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018

FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018

INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018

FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0104

1. TÍTULO

APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE FRUCTUOSO ROMERO CUENCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LARREA GIMENO JOSE LUIS
CALVO NAVALMORAL MIGUEL EDUARDO
MEDINA VALDEPEÑAS SAGRARIO
DOMEQUE SANVICENTE CRISTOBAL
TORREA GARCES VICTOR
RODA GONZALVEZ SOFIA
GILABERTE SERRANO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La gestión de las altas se realizaban en el hospital mediante unas hojas de Excel compartidas entre los controles de planta y el servicio de admisión (urgencias, gestión de camas).

Este sistema tenía problemas en su gestión ya que implicaba que cada servicio duplicara la información de la que se disponía en HIS, teniendo un punto de fallo ya que se registraba manualmente cada movimiento de paciente.

Además solo una persona podía tener abierto el documento "en modo escritura".

Valorada la posibilidad de mejorar este sistema de gestión de camas, formamos este grupo de mejora con personal multidisciplinar de los diferentes servicios implicados (admisión, enfermería e informática).

Desde el principio se pensó en dar una solución sencilla que permitiera la adaptación rápida del personal implicado y que supusiera un ahorro de trabajo a la hora de gestionar el movimiento de los pacientes.

Para ello, se desarrolló un aplicativo web que en tiempo real muestra la situación de cada una de las plantas del hospital, con posibilidad de notificar al servicio de admisión las altas o traslados internos de paciente hospitalizados.

Desde el servicio de admisión se visualiza de manera clara y sencilla del trabajo administrativo que tienen que hacer sobre los pacientes con la gestión realizada desde las plantas.

Para realizar este trabajo se mantuvieron varias reuniones, contando con la colaboración adicional de la dirección de enfermería y algún supervisor de planta, en las que se matizaron los datos que deberían aparecer, como realizar la gestión de altas en la planta así como la forma de visualizar los movimientos presentes y pasados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado del trabajo realizado ha sido la creación de una aplicación web, con implantación del 100% de los servicios de enfermería de hospitalización.

La satisfacción obtenida ha sido totalmente positiva porque de una manera sencilla y clara se ha favorecido el intercambio de información entre las plantas y admisión, facilitando una mejor gestión de las camas de hospitalización.

Sobre las conclusiones del proyecto estamos convencidos que hemos facilitado el trabajo de los diferentes estamentos implicados, con un impacto amplio en todo el hospital y hemos ahorrado tiempo al personal de enfermería y de gestión de camas de admisión, lo que globalmente repercute en la dedicación de mayor tiempo a tareas sanitarias frente a labores administrativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nos abre la posibilidad de mejorar áreas paralelas a la gestión del movimiento de pacientes, como la gestión del transporte sanitario programado, gestión de pacientes de urgencias que esperan cama de hospitalización, visualización de pruebas pendientes y realizadas del paciente durante su estancia... que por sí mismos pueden ser proyectos de mejora

7. OBSERVACIONES.

Realizar un trabajo interdisciplinar en la que cada uno es experto en su ámbito, nos ha permitido con colaboración y ganas de trabajar, conseguir mejoras y relaciones entre servicios y llegar a implantar el aplicativo sin dificultar y globalmente en todo el Centro.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/104 ===== ***

Nº de registro: 0104

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0104

1. TÍTULO

APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

APLICACION PARA LA GESTION DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

Autores:

ROMERO CUENCA FRUCTUOSO, LARREA GIMENO JOSE LUIS, CALVO NAVALMORAL MIGUEL EDUARDO, MEDINA VALDEPEÑAS SAGRARIO, DOMEQUE SAN VICENTE CRISTOBAL, TORREA GARCES VICTOR, RODA GONZALVEZ SOFIA

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: todas ya que se relaciona con la hospitalización
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El hospital Royo Villanova es uno de los hospitales de mayor índice de ocupación en Aragón y con una importante actividad quirúrgica tanto ambulatoria como de hospitalización, lo cual dificulta la gestión diaria de los ingresos y altas. Actualmente la gestión diaria de las camas se realiza con hojas de cálculo Excel. Existen varios tipos, que son: movimiento diarios de cada servicio de enfermería, solicitudes de ingreso desde urgencias-programados e ingresos para intervención quirúrgica del día siguiente. La gestión actual implica que existan muchos documentos en los que escribe muchos profesionales de diferentes estamentos y categorías (solo una persona cada vez puede modificar datos en dichos documentos). Requiere además duplicidad de trabajos porque por cada ingreso, alta... hay que escribir datos de paciente en varios sistemas de información. Es importante destacar que con el desarrollo de este proyecto se podrá hacer una gestión más eficiente de los recursos disponibles, repercutiendo en la mejora de tiempos de ocupación, facilidad de gestión y disponibilidad. El proyecto tiene un impacto no solo de un servicio, sino de todo el hospital y podría ser extrapolable a otros hospitales una vez demostrada su eficiencia.

RESULTADOS ESPERADOS

El objeto del presente proyecto es el desarrollo de una aplicación (preferiblemente web), cuya fuente de información será procedente de sistemas hospitalarios ya existentes, sobre todo HIS, disminuyendo así duplicidades de trabajos y posibles errores en la transcripción de los datos. Al ser un proyecto web, cualquier profesional autorizado podrá acceder de manera simultánea a la información que permanecerá actualizada en todo momento ya que la información procede de HIS. Los servicios implicados son todos los que tienen gestión de camas

MÉTODO

Determinación de la situación actual

- Descripción funcional de la nueva aplicación
- Determinación de las fuentes de información así como el retorno de los datos registrados.
- Desarrollo de la aplicación.
- Comprobación del correcto funcionamiento.
- Formación a los distintos servicios y perfiles de trabajo

INDICADORES

- La aplicación está definida
- La aplicación está desarrollada
- La aplicación está implantada

DURACIÓN

La duración del proyecto es durante todo el año.

- Marzo. Definición funcional
- Abril-Octubre. Desarrollo de la aplicación
- Noviembre. Comprobación e implementación.
- Diciembre. Formación y puesta en producción

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0104

1. TÍTULO

APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0574

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN; PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.
CIRPIAN GALINDO ROSARIO
ESTABEN NAVARRO SILVIA
LOZANO PERALES MARIA DEL MAR
CIRES ORTIZ RAFAEL
PICON GONZALEZ SERGIO
AZNAR ALEGRE MERCEDES
ALFARO TORRES MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Establecimos un protocolo de actuación con Admisión y la Secretaria de oftalmología para digitalizar los pacientes intervenidos de otros sectores una vez completa toda la atención en el Hospital. Hablamos con el Supervisor de planta y acordamos que la Unidad de Citostáticos nos enviará al archivo la documentación de los pacientes que dan de alta para su digitalización. Hicimos un estudio con listados facilitados por informática de los pacientes ya operados de distintas especialidades en los últimos años para comenzar su digitalización. Desde la Comisión de documentación no se ha generado ningún documento nuevo para tramitar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes de oftalmología y citostáticos se digitalizan con prioridad alta en un 100%. Los pacientes antiguos tienen prioridad baja y se digitalizan dependiendo de la actividad del Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Planteamos la reposición del escáner en caso de avería, pero hemos visto que sería necesario otro modelo más rápido para conseguir mayores objetivos. Esperamos su compra en 2020 para seguir desarrollando y ampliando este proyecto. Con la mayor implantación de la HCE, este tipo de acciones desde nuestro Servicio resultan muy positivas para la gestión de la documentación clínica de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/574 ===== ***

Nº de registro: 0574

Título
DIGITALIZACION: PACIENTES QUIRURGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTATICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, ESTABEN NAVARRO SILVIA, HERRANZ SOLANO FERNANDO, LOZANO PERALES MARIA DEL MAR, VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA, CIRES ORTIZ RAFAEL

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: no hay patología
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Grupo de Mejora del archivo apoya los objetivos de la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova. En este año 2019, siguiendo el principal objetivo de la Comisión, proponemos seguir digitalizando episodios y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0574

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN; PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

pruebas que nos llegan en papel.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es seguir avanzando en la historia electrónica, facilitando desde nuestro Servicio el cambio del papel por lo digital.

* Pacientes Quirúrgicos de otros sectores: escanaremos la documentación generada en HRV una vez finalizado el episodio quirúrgico. Son pacientes que no van a volver a nuestro centro, evitamos tener un sobre físico.

* Unidad de Citostáticos: pacientes que reciben tratamiento en la planta primera del HRV. Subiremos a HCE los resultados.

* Otras pruebas diagnósticas: digitalizaremos a demanda las pruebas diagnósticas que nos deriven desde la Comisión de Documentación.

MÉTODO

1. Hablar con las Consultas Externas que generan documentación quirúrgica de pacientes de otros Sectores, para explicar el proyecto que queremos desarrollar.

2. Trazabilidad con Secretarías y Enfermeras de las plantas quirúrgicas implicadas.

3. Informática: listados de pacientes intervenidos de otros sectores.

4. Comisión de Documentación: digitalizaremos pruebas diagnósticas que nos indiquen.

5. Unidad de Citostáticos: Documentación para escanear, seguiremos el mismo proceso que con las otras pruebas que ya estamos digitalizando.

INDICADORES

% PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES

% OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

% CITOSTÁTICOS

El objetivo es digitalizar ente el 90 y 100%

DURACIÓN

Fecha Inicio: Marzo 2019:

- Reunión con la Jefa de Sección de Admisión, médico de Admisión y Jefe de Citaciones.
- Reunión con Consultas externas: envío de la documentación para escanear.
- Reunión con Secretarías Quirúrgicas: establecer con ellas la trazabilidad de la documentación.
- Citostáticos: Reunión con el Supervisor de la 1ª planta, se empieza en marzo.
- Otras pruebas: a demanda

Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.

Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0574

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN: PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Fecha de entrada: 16/01/2020

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
ESTABEN NAVARRO SILVIA
LOZANO PERALES MARIA DEL MAR
CIRES ORTIZ RAFAEL
PICON GONZALEZ SERGIO
AZNAR ALEGRE MERCEDES
ALFARO TORRES MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Establecimos un protocolo de actuación con Admisión y la Secretaria de oftalmología para digitalizar los pacientes intervenidos de otros sectores una vez completa toda la atención en el Hospital.
Hablamos con el Supervisor de planta y acordamos que la Unidad de Citostáticos nos enviara al archivo la documentación de los pacientes que dan de alta para su digitalización.
Hicimos un estudio con listados facilitados por informática de los pacientes ya operados de dsitintas especialidades en los últimos años para comenzar su digitalización.
Desde la Comisión de documentación no se ha generado ningún documento nuevo para tramitar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes de oftalmología y citostáticos se digitalizan con prioridad alta en un 100%.
Los pacientes antiguos tienen prioridad baja y se digitalizan dependiendo de la actividad del Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Planteamos la reposición del escáner en caso de avería, pero hemos visto que sería necesario otro modelo más rápido para conseguir mayores objetivos. Esperamos su compra en 2020 para seguir desarrollando y ampliando este proyecto. Con la mayor implantación de la HCE, este tipo de acciones desde nuestro Servicio resultan muy positivas para la gestión de la documentación clínica de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/574 ===== ***

Nº de registro: 0574

Título
DIGITALIZACION: PACIENTES QUIRURGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTATICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, ESTABEN NAVARRO SILVIA, HERRANZ SOLANO FERNANDO, LOZANO PERALES MARIA DEL MAR, VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA, CIRES ORTIZ RAFAEL

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: no hay patología
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Grupo de Mejora del archivo apoya los objetivos de la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova. En este año 2019, siguiendo el principal objetivo de la Comisión, proponemos seguir digitalizando episodios y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0574

1. TÍTULO

DIGITALIZACIÓN: PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES, UNIDAD DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

pruebas que nos llegan en papel.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es seguir avanzando en la historia electrónica, facilitando desde nuestro Servicio el cambio del papel por lo digital.

* Pacientes Quirúrgicos de otros sectores: escanaremos la documentación generada en HRV una vez finalizado el episodio quirúrgico. Son pacientes que no van a volver a nuestro centro, evitamos tener un sobre físico.

* Unidad de Citostáticos: pacientes que reciben tratamiento en la planta primera del HRV. Subiremos a HCE los resultados.

* Otras pruebas diagnósticas: digitalizaremos a demanda las pruebas diagnósticas que nos deriven desde la Comisión de Documentación.

MÉTODO

1. Hablar con las Consultas Externas que generan documentación quirúrgica de pacientes de otros Sectores, para explicar el proyecto que queremos desarrollar.

2. Trazabilidad con Secretarías y Enfermeras de las plantas quirúrgicas implicadas.

3. Informática: listados de pacientes intervenidos de otros sectores.

4. Comisión de Documentación: digitalizaremos pruebas diagnósticas que nos indiquen.

5. Unidad de Citostáticos: Documentación para escanear, seguiremos el mismo proceso que con las otras pruebas que ya estamos digitalizando.

INDICADORES

% PACIENTES QUIRÚRGICOS DE OTROS SECTORES

% OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

% CITOSTÁTICOS

El objetivo es digitalizar ente el 90 y 100%

DURACIÓN

Fecha Inicio: Marzo 2019:

- Reunión con la Jefa de Sección de Admisión, médico de Admisión y Jefe de Citaciones.
- Reunión con Consultas externas: envío de la documentación para escanear.
- Reunión con Secretarías Quirúrgicas: establecer con ellas la trazabilidad de la documentación.
- Citostáticos: Reunión con el Supervisor de la 1ª planta, se empieza en marzo.
- Otras pruebas: a demanda

Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.

Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0793

1. TÍTULO

GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SAGRARIO MEDINA VALDEPEÑAS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ MARTIN MARIA ESTER
MONTEAGUDO RICO CRISTINA
PALAU ARESTE MARIA MERCEDES
GARCIA NAVARRO MARIA MAR
SANTOS BLASCO CLARA
SANCHO FERRER MARIA JESUS
CLEMENTE MURILLO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

JUNTO CON EL SERVICIO DE INFORMATICA SE HAN CREADO LOS DIFERENTES ARCHIVOS INFORMÁTICOS PARA UBICAR LA DOCUMENTACION QUE SE HA ESCANEADO PREVIAMENTE DESDE ARCHIVOS. SE HAN DADO LOS PERMISOS ADECUADOS PARA LA PROTECCIÓN DE LA DOCUMENTACION ESCANEADA. ESTOS ARCHIVOS CONSTAN DE HOJA DE INCLUSION EN LEQ, EVOLUCION CLÍNICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y TODA LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA SU INCLUSION EN LEQ. SE LOCALIZAN POR NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA. UNA VEZ INCLUIDOS, LOS SERVICIOS INVOLUCRADOS, ACCEDEN A DICHS ARCHIVOS Y LOS COPIAN EN CARPETAS DE LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE. TIENEN ACCESO A ELLOS LAS SECRETARIAS Y LOS FACULTATIVOS DEL SERVICIO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CON EL PROCESO DETALLADO, LA DOCUMENTACIÓN NO SE EXTRAVÍA Y LOS TIEMPOS DESDE QUE EL PACIENTE PASA POR CONSULTA HASTA QUE REALMENTE CONSTA EN NUESTROS SISTEMA INFORMÁTICO SE HAN REDUCIDO AL 100%. EL PROCESO ANTERIOR ERA LARGO Y MUY LABORIOSO. TENIENDO EN CUENTA QUE HAY SERVICIOS CUYAS CONSULTAS ESTÁN UBICADAS EN CENTROS DIFERENTES A LOS QUE SE REALIZA EL QUIRÓFANO Y CON EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA INCLUSO ES DIFERENTE EL NÚMERO DE HISTORIA. EL RESULTADO ALCANZADO EN LOS SERVICIOS PIONEROS, LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA Y UROLOGÍA, ES DEL 100%. DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE SE HA INICIADO LA INTRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA ESTANDO ACTUALMENTE PERFECCIONANDO Y ADAPTANDO A ESTE SERVICIO LA INFORMACIÓN QUE NECESITA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HASTA QUE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS TRABAJEN DIRECTAMENTE CON HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, SE HA GESTIONADO UNA FORMA ÁGIL Y PRECISA DE LA DOCUMENTACIÓN DE INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA ASÍ COMO UNA MINIMIZACIÓN EN EL GASTO DE PAPEL.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/793 ===== ***

Nº de registro: 0793

Título
GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
MEDINA VALDEPEÑAS SAGRARIO, RUIZ MARTIN MARIA ESTER, MONTEAGUDO RICO CRISTINA, PALAU ARESTE MARIA MERCEDES, GARCIA NAVARRO MARIA MAR, SANTOS BLASCO CLARA, SANCHO FERRER MARIA JESUS, CLEMENTE MURILLO SARA

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 QUIRÚRGICOS
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0793

1. TÍTULO

GESTION DIGITAL DE LA DOCUMENTACION DE PACIENTES QUIRURGICOS EN LAS SECRETARIAS DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

El punto de partida es la reflexión de los procesos que realizamos en las Secretarías Quirúrgicas y Lista de Espera del HRV. En estos momentos, la documentación se fotocopia y se va enviando por correo ordinario a los distintos Servicios que tienen que intervenir en el proceso del paciente, desde que solicitan el registro de demanda quirúrgica en Consultas Externas, hasta su intervención en uno de los Hospitales del Sector I. El proyecto quiere unificar criterios de trabajo, facilitar y evitar errores en la Gestión de la Documentación que se genera en Consultas Externas. Partimos de la base de que la Unidad de Archivos y Documentación Clínica va a escanear toda la documentación generada en Consultas cuando un paciente va a ser operado : registro de demanda quirúrgica, evolución clínica y consentimiento informado, creando un archivo pdf por paciente, que nombrará con el Número de Historia. A partir de ahí, buscaremos las mejores fórmulas para tratar estos datos en red, de manera que nos ayuden a todos los profesionales implicados.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es facilitar la tarea a los Servicios médicos quirúrgicos, teniendo acceso digitalmente desde todo el Sector a la documentación de sus pacientes, evitando errores y búsquedas de última hora. Otro objetivo es el uso de archivos digitales, dejando de realizar múltiples fotocopias para cada proceso.

MÉTODO

1. Reuniones de las Secretarías de Servicios Quirúrgicos y Lista de Espera para elaborar el esquema de carpetas en red que necesitamos.
2. Presentar el proyecto a los Jefes de Servicio Médicos.
3. Establecer los permisos que solicitaremos al Servicio de Informática para visualizar o modificar las carpetas.
4. El proceso comenzará con los Servicios de Urología y Lista de Espera. Evaluaremos la situación en el plazo de un mes e iremos incorporando el resto de Servicios.

INDICADORES

% PACIENTES QUE REALIZAN TODO EL PROCESO QUIRÚRGICO CON LA DOCUMENTACIÓN DIGITALIZADA.
Este indicador lo especificaremos por cada Servicio Quirúrgico.

DURACIÓN

* Fecha Inicio: Marzo 2019:

- Reunión del médico de Admisión, la Jefa de Sección de Admisión (secretarías) y la Jefa de Sección de Archivos y Documentación.
 - Reunión de Secretarías Quirúrgicas con la Jefa de Sección de Archivos y Documentación: establecer la trazabilidad de la documentación, creación de carpetas en red para gestionar la documentación digital de la forma más eficaz. Planificación del calendario a seguir.
 - Exposición a los Jefes de Servicio Quirúrgicos.
- * Mayo 2019: evaluación de los primeros resultados.
* Septiembre y noviembre 2019: segunda y tercera evaluación de resultados de las especialidades que se hayan incorporado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO JAVIER PEREZ CAMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL
MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES
RAMIREZ GOMARA ANA ISABEL
SANJUAN CASAMAYOR PILAR
TORNOS SIMON TERESA
GARCIA CASTELLANOS TERESA
TORMO SEMPERE YAIZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión inicial del equipo de calidad para consensuar programa y sesión formativa impartida por el responsable del proyecto. Fué impartida en Junio del 2019 por el Dr. Ignacio Pérez Camo, Alergólogo del hospital Royo Villanova Sector 1, coordinador de este proyecto. En la sesión formativa se incluyó la actualización de la GINA. Esta reunión formativa, dado su interés, se amplió a otros pediatras del Sector interesados en el tema, aunque no formaran parte del proyecto de calidad.

Al realizar el consenso sobre el proyecto, el Dr. Pérez Camo recomendó realizar como test de adherencia al tratamiento, el TAI, pues aunque es más complejo, aporta más datos que el test de Morisky. Siguiendo sus recomendaciones se sustituyó el test de Morisky por el TAI.

- Hoja informativa de uso de DPI para los pacientes. Disponibles en el Documento técnico del Grupo de Vías Respiratorias, <http://aepap-org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>).

- Realización de la ficha de paciente, Junio 2019. Para facilitar la recogida de datos y que se realizara de manera uniforme, se realizó ficha anonimizada de seguimiento de los niños incluidos en el estudio, en la que se identificaban por números.

- Realización del proyecto: Entre Junio 2019 y Diciembre 2019 se han incluido 24 niños mayores de 6 años, diagnosticados de asma y que requerían tratamiento inhalador, recomendándoles un dispositivo de polvo seco (DPI). La valoración y seguimiento de estos niños fué realizada por las pediatras participantes en el proyecto, en colaboración con las MIR de pediatría también incluidas en este proyecto de calidad.

A la totalidad de niños incluidos se les entrenó en la primera consulta sobre el uso del dispositivo, actividad realizada con la ayuda de la enfermera de pediatría miembro del equipo. Se les citó a los 10-15 días para visita de seguimiento y realización del test TAI de adherencia y el cuestionario FSI-10, de satisfacción del dispositivo. Además, a aquellos niños que habían utilizado previamente un dispositivo de inhalación con cámara, se les realizó en la visita inicial, el TAI y el FSI-10 en relación con dicho dispositivo.

Se adjunta modelo de la ficha realizada
FICHA PACIENTE/ NUMERO DR.

Fecha de inclusión en estudio:

Edad:
Sexo: Masculino Femenino
Nivel de gravedad del asma: Intermitente Leve Persistente Moderada Persistente

SI usa inhaladores para tratamiento de fondo

Especificar dispositivo:
Fecha que inicio tratamiento:
Realizar cuestionario satisfacción dispositivo que estaba usando (A) (B)

NO uso previo de inhaladores para tratamiento de fondo

Tratamiento que se recomienda (especificar dispositivo):
CI CI + LABA Antileucotrienos

¿Se explica en consulta el uso de DPI?: SI NO

En ambos casos, dar cita para siguiente visita (2-3 semanas)

(A) Cuestionario de satisfacción uso del dispositivo. Cuestionario FSI-10
Respecto al sistema de inhalación que ha estado usando en la última semana, ¿cómo puntuaría usted los siguientes aspectos? Especificar si la respuesta es NO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

1. ¿Le ha resultado fácil aprender a manejar este aparato de inhalación?
SI NO
2. ¿Le ha resultado fácil preparar este aparato de inhalación para realizar la inhalación?
SI NO
3. ¿Le ha resultado fácil usar este aparato de inhalación?
SI NO
4. ¿Le ha resultado fácil mantener el aparato de inhalación en buenas condiciones de uso e higiene?
SI NO
5. ¿Le ha resultado fácil seguir realizando sus actividades habituales con el uso de este aparato de inhalación?
SI NO
6. ¿Le ha resultado cómodo adaptar el aparato de inhalación a sus labios?
SI NO
7. ¿Le ha resultado cómodo el aparato de inhalación en cuanto a peso y tamaño?
SI NO
8. ¿Le ha resultado cómodo llevar consigo (transportar) el aparato de inhalación?
SI NO
9. Cuando realiza la inhalación, ¿se queda usted con la sensación de haber utilizado el aparato de inhalación correctamente?
SI NO
10. En general, teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿está usted satisfecho con el aparato de inhalación?
SI NO

Test de Adhesión a los inhaladores TAI.

Las respuestas posibles de las primeras 10 preguntas contestadas por el paciente mayor de 12 años o sus tutores son: Todas, más de la mitad, aproximadamente la mitad, menos de la mitad, ninguna.

1. ¿En los últimos días cuantas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales ?
2. ¿Se olvida de tomar los inhaladores?
3. ¿Cuando se encuentra bien, deja de tomar sus inhaladores?
4. ¿Cuándo está de vacaciones o fin de semana, deja de tomar sus inhaladores?
5. ¿Cuándo está nervioso o triste, deja de tomar sus inhaladores?
6. ¿Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios?
7. ¿Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad?
8. ¿toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió?
9. ¿Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral?
10. ¿Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos?

Las dos siguientes preguntas son respondidas por el profesional sanitario:

11. ¿ Conoce o recuerda el paciente la pauta de dosis y frecuencia que se le prescribió? No Sí
12. La técnica de inhalación del dispositivo del paciente es (comprobar técnica de inhalación)
Con errores críticos (especificar) Sin errores críticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Indicador de asistencia a reunión inicial y clase formativa.

Número de miembros que han asistido reunión inicial/número de miembros del equipo: 5 / 8 = 62% . Acudieron asimismo a la reunión 3 pediatras de Atención Primaria que no participan en este proyecto.

Justificaron su ausencia a la reunión inicial por problemas de incompatibilidad de agenda las MIR de pediatría, las cuales recibieron posteriormente clase formativa impartida por sus tutoras en el CS, Dras Lostal y Martínez, que sí que acudieron a la reunión inicial. Asimismo se consensuó la actividad de enfermería en la educación de los niños en el manejo de los dispositivos por las Dras. Lostal y Martínez.

Número de miembros del equipo que han recibido clase formativa/número de miembros del equipo: 8/8 =100%.

2. Indicador de entrenamiento uso DPI

Número de niños a los que se ha realizado el entrenamiento/ número total de niños incluidos en el proyecto: 24/24= 100%

3. Indicador de valoración de adherencia test de TAI

Número de niños que han realizado el test de TAI/número total de niños incluidos en el proyecto: 24/24= 100%

4. Indicador de valoración de satisfacción de uso del DPI, test FSI -10

Número de niños que han realizado el test FSI-10/ N° total de niños incluidos en el proyecto: 24/24 = 100%.

No se ha realizado la estadística de los resultados de los test realizados, a la espera de seguir con el proyecto, incluyendo más niños en el estudio, para conseguir unos datos que sean significativos

Reunión final y Evaluación del proyecto (enero 2020)

Los resultados de los indicadores han sido satisfactorios, sin embargo, ha sido difícil conseguir el objetivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

de 40 niños incluidos, 10 niños por cupo de pediatría, por lo que se ha realizado una encuesta final entre los pediatras que han participado en este proyecto para evaluar las fortalezas y las debilidades del mismo. Se adjunta a continuación el modelo de encuesta de respuesta múltiple y los resultados (5 encuestas)

- 100% utiliza habitualmente DPI
- 100% conoce los DPI Turbuhaler, Easyhaler y Accuhaler. Uno incluye Ellipta.
- 100% utiliza los dispositivos MDI siempre con cámara
- 100% a partir de 6 años utiliza preferiblemente DPI
- En el tratamiento de la reagudización de asma en niños 6-12 años, sin signos de gravedad, 40% utiliza monoterapia de beta2 de corta a demanda y el 60% asocia al beta2 de corta, corticoide inhalado.
- En el tratamiento de la reagudización de asma en niños mayores de 12 años sin signos de gravedad, el 100% utiliza la combinación de formoterol y budesonida DPI a demanda y el 40% también beta2 de corta en monoterapia o asociados a CI.
- 100% conoce las recomendaciones de la Global Initiative asthma (GINA) 2019 sobre el uso de la asociación formoterol y CI para tratamiento del asma y las recomienda en terapia de mantenimiento y rescate en mayores de 12 años. Entre 6-y 12 años, el 40% la recomienda en terapia de mantenimiento.
- 100% ha mejorado el conocimiento de la actualización de la GINA 2019
- 80% ha aumentado el uso de DPI en vez de MDI + cámara en mayores de 6 años.
- 100% ha aumentado el uso de la asociación formoterol y CI para el tratamiento del asma en niños.
- En relación a las dificultades, el 100% señala el poco tiempo disponible en consulta para la realización de los test, como el motivo por el que es difícil alcanzar el objetivo de niños incluidos.
- 40% señaló la poca costumbre de uso de la asociación de broncodilatadores de larga y corticoide en pediatría.
- 20% Reticencia de las familias a cambiar de dispositivo.

Encuesta sobre uso de dispositivos inhalación polvo seco (DPI) para tratamiento del asma en pediatría (puede anotar más de una respuesta)

1. ¿Utiliza DPI?

1. Sí, habitualmente
2. Sí, pero sólo en terapia de mantenimiento
3. No
4. Me falta información para su uso en niños

2. Señalar los DPI que conoce

1. Turbuhaler
2. Easyhaler
3. Accuhaler
4. Otros, señalar

3. Cuando utiliza dispositivos MDI en niños, lo hace con cámara de inhalación

1. Siempre, en todas las edades
2. Sólo en menores de 6 años
3. Depende del niño y la familia
4. A partir de 6 años utilizo preferiblemente dispositivos de polvo seco

4. En niños entre 6 y 12 años que le consultan por reagudización de asma, sin signos de gravedad en ese momento, señalar el tratamiento inhalado que más habitualmente les recomienda:

1. Salbutamol o terbutalina a demanda
2. Salbutamol o terbutalina a demanda + corticoide inhalado presurizado (MDI)
3. Salbutamol o terbutalina a demanda + corticoide DPI
4. Otros, señalar

5. En niños mayores de 12 años que le consultan por reagudización de asma, sin signos de gravedad en ese momento, señalar el tratamiento que más habitualmente les recomienda:

1. Salbutamol o terbutalina a demanda
2. Salbutamol o terbutalina a demanda + corticoide inhalado
3. Combinación de formoterol y budesonida DPI a demanda
4. No hago diferencias de tratamiento entre los mayores de 6 años y los de 12 años

6. ¿Conoce las recomendaciones de la GINA 2019 sobre el uso de la asociación formoterol + CI en el tratamiento del asma?

1. Sí, las recomiendo en terapia de mantenimiento en mayores de 6 años
2. Sí, las recomiendo en terapia de mantenimiento y rescate en mayores de 12 años
3. No las recomiendo en pediatría
4. Me falta información sobre su uso adecuado en pediatría

7. Su participación en el proyecto de calidad sobre el uso de DPI en el asma :

1. Me ha ayudado a conocer mejor las recomendaciones actualizadas de la GINA
2. He aumentado el uso de Corticoide inhalado en DPI en vez de MDI + cámara en mayores de 6 años
3. He aumentado el uso de la asociación formoterol y CI para el tratamiento del asma en niños
4. No he cambiado mis recomendaciones terapéuticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

8. Señalar qué dificultades ha encontrado al realizar el proyecto de calidad

1. Poco tiempo en consulta para explicar el uso de los DPI
2. . Poco tiempo para realizar los test de adherencia y satisfacción
3. Poca costumbre de manejo de la asociación LABA + CI en pediatría
4. Reticencia de las familias a cambiar de dispositivo

Si tiene alguna sugerencias que le parece de interés en relación con el manejo actualizado del asma en el niño, le agradecería nos la aportara

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha mostrado eficaz en conseguir un entrenamiento y seguimiento adecuado de los niños en tratamiento con dispositivos de polvo seco, lo que es fundamental para que la medicación sea inhalada de forma adecuada y el asma esté bien controlado.

Es importante asimismo, la mejora del conocimiento sobre actualización del asma que la participación en este proyecto ha supuesto para los profesionales sanitarios tal y como ellos mismos han contestado en la encuesta final. Entre las sugerencias realizadas se encuentra la realización de charlas formativas para la actualización de temas.

Todo ello conlleva un mejor control del asma y una mejoría de la calidad asistencial y seguridad del paciente, disminuyendo los costes asistenciales .

Sin embargo, se ha constatado falta de tiempo para la realización de los test sobre todo en la visita inicial, por lo que se ha consensuado la continuación del proyecto en la próxima convocatoria, corrigiendo las dificultades detectadas:

- Realizar los test sólo a los niños con DPI en la visita de seguimiento, lo que puede realizarse de forma programada.

El papel de la enfermera es fundamental en el entrenamiento del uso de los DPI, pero se puede incluir también su participación en la realización de los test de adherencia y satisfacción, que posteriormente serían supervisados por el pediatra, colaborando así en la visita de seguimiento programada.

Dada la mejora de la calidad asistencial, el equipo ha consensuado la continuidad del proyecto y ha planteado una reunión con pediatras del Sector interesados en el mismo, para su posible realización en otros Centros de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1444 ===== ***

Nº de registro: 1444

Título
MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

Autores:
PEREZ CAMO IGNACIO JAVIER, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, MARTINEZ HERNANDEZ MARIA NIEVES, RAMIREZ GOMARA ANA ISABEL, SANJUAN CASAMAYOR PILAR, TORNOS SIMON TERESA, GARCIA CASTELLANOS TERESA, TORMO SEMPERE YAIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
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

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en pediatría con una prevalencia del 10%, requiriendo tratamiento de fondo en relación a su nivel de gravedad, para evitar exacerbaciones, controlando los síntomas y mejorando la calidad de vida de los niños.

Para que este tratamiento de fondo sea eficaz, requiere una adecuada adherencia, en lo que influye el dispositivo utilizado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

Los inhaladores presurizados dosificados (MDI) presentan algunos inconvenientes:

- Necesidad de coordinación pulsación - inspiración.
- Necesidad de uso de cámaras espaciadoras, que son voluminosas y dificultan el transporte.
- Favorecen el depósito orofaríngeo y deglución posterior de gran parte de la medicación, Efecto freón-frío, que inhibe la inspiración.

Solo un 10 % llega a la vía aérea inferior

Ventajas de los inhaladores de polvo seco (DPI):

- Facilidad de manejo.
- Obligada coordinación con la inspiración.
- El principio activo llega puro a los pulmones.
- Libre de propelentes y sus efectos nocivos.
- Pequeño tamaño y fácil transporte.

Estos dispositivos consiguen un depósito intrapulmonar del fármaco entre el 11% y el 20% de la dosis, necesitando un mínimo de flujo inhalatorio de 30 - 50 l/minuto, según los distintos dispositivos, lo que es posible para un niño colaborador a partir de los 5 o 6 años.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Entrenamiento a los niños mayores de 6 años, diagnosticados de asma y en tratamiento de fondo con corticoides inhalados, solos o asociados a LABA, en adquirir habilidades prácticas en el manejo de inhaladores de polvo seco, cuyo uso hay que adaptarlo a la edad y características del paciente (El pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documento técnico del Grupo de Vías Respiratorias, disponible en <http://aepap-org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>)
2. Encuesta de satisfacción de uso del DPI y adherencia

MÉTODO

- Reunión inicial del equipo de calidad para consensuar programa y sesión formativa impartida por el responsable del proyecto
- Elaboración de hoja informativa de uso de DPI para proporcionar a los pacientes
- Cada pediatra miembro del equipo, seleccionará de su consulta a 10 niños mayores de 6 años, diagnosticados de asma y que requieran tratamiento de fondo con CI sólo o en asociación con beta2 de larga (en este caso edad a partir de la indicada en ficha técnica) y se le entrenará en el uso de DPI, seguimiento y encuesta de satisfacción según ficha adjunta.
- Seguimiento de la adherencia al tratamiento test de Morisky
- Encuesta de satisfacción sobre uso de DPI. Cuestionario FSI-10. En niños mayores de 12 años, la encuesta será realizada al niño
- Reunión final con los resultados alcanzados.

Cuestionario de satisfacción uso del dispositivo Cuestionario FSI-10

1. ¿Le ha resultado fácil aprender a manejar este aparato de inhalación?
2. ¿Le ha resultado fácil preparar este aparato de inhalación para realizar la inhalación?
3. ¿Le ha resultado fácil usar este aparato de inhalación?
4. ¿Le ha resultado fácil mantener el aparato de inhalación en buenas condiciones de uso e higiene?
5. ¿Le ha resultado fácil seguir realizando sus actividades habituales con el uso de este aparato de inhalación?
6. ¿Le ha resultado cómodo adaptar el aparato de inhalación a sus labios?
7. ¿Le ha resultado cómodo el aparato de inhalación en cuanto a peso y tamaño?
8. ¿Le ha resultado cómodo llevar consigo (transportar) el aparato de inhalación?
9. Cuando realiza la inhalación, ¿se queda usted con la sensación de haber utilizado el aparato de inhalación correctamente?
10. En general, teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿está usted satisfecho con el aparato de inhalación?

Control adherencia al tratamiento Test de Morisky

INDICADORES

1. Indicador de asistencia a reunión inicial y clase formativa
Número de miembros del equipo/ número de miembros que han asistido
2. Indicador de entrenamiento uso DPI
Número de niños a los que se ha realizado/ total de niños incluidos en el estudio
3. Indicador de valoración de adherencia
Número de niños que han realizado el test de Morisky / total de niños incluidos en el estudio
4. Indicador de valoración de satisfacción de uso del DPI
Número de niños que han realizado el cuestionario FSI-10/ total de niños incluidos en el estudio

DURACIÓN

1. Reunión de formación Mayo Junio 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1444

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA EN NIÑOS, MEDIANTE EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

- 2. Recogida de la muestra Junio Octubre 2019
- 3. Evaluación de indicadores Noviembre 2019
- 4. Reunión final de los miembros del equipo para exponer y analizar resultados Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 GASPAR 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 RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0869

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA MERCEDES DIESTE GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
USON ALVAREZ CRISTINA
LOZANO SANCHEZ ELENA
GIMENO GIMENO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han desarrollado reuniones espaciadas para ir tomando decisiones e ir controlando la recogida de datos, así como, valorando los primeros resultados obtenidos.
Lo primero que se planteó fueron los criterios de inclusión al proyecto, que en nuestro caso serían pacientes a los que se colocasen vías centrales en la sala blanca del despertar del bloque quirúrgico.
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 incluido el paciente en el estudio se valora como se realiza el proceso:

1. ¿Se ha rellenado la hoja de verificación correctamente?
2. ¿Han entrado en la sala sólo el personal imprescindible?
3. ¿Estaba la sala limpia de forma adecuada?
4. El material que se introdujo en la sala ¿estaba Limpio?
5. ¿Se mantuvieron cerradas las puertas durante el procedimiento?
6. ¿Se ha hecho un uso correcto de la sala blanca?

El personal recoge todos estos datos en la hoja de registro diseñada para ello, para su posterior valoración. Todas estas actividades se han realizado por el personal implicado en el estudio.
Se realizaron así mismo las siguientes reuniones:

Acta 1 13-marzo-2018

Asistentes: M^a Mercedes Dieste, M^a Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón

1. Se elige a M^o Angeles Gimeno como secretaria del proyecto.
2. Se plantea el método de trabajo para valorar el cumplimiento de la verificación de actividades para optimizar la asepsia.
3. Se monitoriza el registro de la hoja de verificación.
4. Se recogerá también información sobre el correcto uso de la sala: limpieza, cierre de puertas, personal implicado...
5. Se elabora una hoja para la recogida de datos.

Acta 2 8-mayo-2018

Asistentes M^a Mercedes Dieste, M^a Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón.

1. Se confirma la idoneidad de la hoja de registro de datos.
2. Valoramos los datos recogidos hasta el momento: número de hojas de verificación revisadas, primeros resultados...
3. Se decide continuar recogiendo información.

Acta 3. 27-septiembre-2018

Asistentes: M^a Mercedes Dieste, M^a Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón.

1. Se expone la evolución de la recogida de datos.
2. Se propone la realización de una hoja excel para trasladar los datos recogidos.
3. Se plantea una próxima reunión para analizar los datos e iniciar la memoria.

Acta 4 28-noviembre-2018

Asistentes: M^a Mercedes Dieste, M^a Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón.

1. Se expone la hoja excel con los resultados obtenidos.
2. Se valoran los resultados obtenidos.
3. Se diseña un borrador para realizar la memoria final del proyecto.

Acta 5 10-enero-2019

Asistentes: M^a Mercedes Dieste, M^o Angeles Gimeo, Elena Lozano y Cristina Usón.

1. Se revisan las conclusiones del trabajo.
2. Se diseña la memoria final.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0869

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogen datos de 30 pacientes a los que se les colocó vía central en la sala blanca, situada en el Despertar.

Los resultados son los siguientes:

1. Se rellenó la hoja de verificación en 28 pacientes.
2. Durante el procedimiento se optimizó la entrada de personal en el 100% de los casos.
2. En todos los casos la limpieza de la sala y del material fueron correctos.
4. El cierre completo de las puertas se realizó en 14 pacientes.

Ante los resultados obtenidos y nuestra observación directa, queda demostrado que se realiza un uso adecuado de la sala blanca, sólo cabría mejorar el punto de cierre adecuado de puertas mientras el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo del proyecto era disminuir la incidencia de infecciones debidas a los catéteres centrales cuya causa podría ser la falta de asepsia en la inserción del catéter con el uso óptimo de la sala blanca.

Entendemos por sala blanca una habitación o sala especialmente diseñada para obtener bajos niveles de contaminación.

Se proriza esta complicación porque el aumento de infecciones influye directamente en la recuperación del paciente y se retrasa el alta hospitalaria.

Los objetivos principales eran:

- Disminuir las infecciones en vías centrales debidas a la falta de asepsia en la canalización.
- El personal de que interviene en el proceso de inserción debe conocer y extremar las medidas de seguridad antimicrobiana.
- El personal de enfermería debe rellenar exhaustivamente la hoja de verificación en la inserción de vías centrales.
- El personal debe verificar la correcta limpieza de la sala y del material.
- Hacer un uso correcto de la sala blanca.

Al realizar este trabajo no sólo hemos sido conscientes de la importancia de la asepsia en la colocación de las vías centraes, también hemos sido conscientes de la importancia de seguir los pasos minuciosamente y de rellenar la hoja de verificación.

También nos hemos dado cuenta de la importancia de tener una sala blanca para realizar estas técnicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/869 ===== ***

Nº de registro: 0869

Título
UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

Autores:
DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES, USON ALVAREZ CRISTINA, LOZANO SANCHEZ ELENA, GIMENO GIMENO MARIA ANGELES

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 con necesidad de accesos centrales
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Destacamos la necesidad de tener una zona limpia dentro de la unidad de reanimación del hospital Royo Villanova dado el volumen de pacientes que salen del quirófano.
La necesidad de ésta sala surge para favorecer la aplicación del protocolo de asepsia indicada en ésta técnica.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0869

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

Disminución de la tasa de infección debida a la canalización de vías centrales.

MÉTODO

- Realización de una hoja de verificación respecto al uso de la sala blanca y la correcta aplicación del protocolo de vía central.
- Recopilación de datos respecto a las infecciones surgidas por la colocación vía central.
- Reuniones cada dos meses para ver los resultados y como favorecer la utilización de la sala blanca en la disminución de las infecciones.
- Modificación, si es necesario, de algún ítem de control de verificación.

INDICADORES

- Llegaremos a la optimización máxima de nuestra hoja de verificación y si no es así reflejaremos el motivo de porqué no se cumple.
- Monitorizaremos la dificultad de aplicar esta hoja de verificación y de cumplirla.

DURACIÓN

- La duración de la aplicación de nuestra hoja de verificación será de un año.
- La hoja la completará el personal de enfermería de la unidad de despertar del Royo Villanova.
- Dicho personal valorará la efectividad de aplicar dicho protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0994

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA USON ALVAREZ
· 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
LOZANO SANCHEZ ELENA MARIA
DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES

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 todos los pacientes que precisan tratamiento con TEC, ya sean ingresados en planta o provenientes de CMA.

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). Nos centramos en el diseño de la hoja de registro, lo que buscamos fue 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 nuestro registro, previa información a la supervisión de enfermería y compañeros de los servicios implicados. El registro iba a ser mínimo de 1 mes. Las actividades se han realizado en las fechas previstas. La participación del personal e implicación del mismo en la colaboración y desarrollo del proyecto la valoramos cómo muy buena.

Una vez determinados los pacientes a estudio, se revisa la historia y se realiza una entrevista con el objetivo de optimizar la preparación del paciente, valorar y mitigar la ansiedad previa a la terapia mediante acciones como:

- Información previa del proceso.
- Resolver todas sus dudas e inquietudes.
- Transmitir seguridad y tranquilidad.
- Establecer un ambiente de confianza.

Todas estas actividades son llevadas a cabo por el personal implicado en el proyecto perteneciente al servicio de Despertar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos recogido 20 hojas de registro cumplimentadas. Con el registro, sobre la cumplimentación de las normas previas a la terapia, 17 pacientes lo habían realizado correctamente y 3 no lo habían hecho. De los 3 pacientes que no habían realizado la preparación del TEC correctamente, las causas fueron el desconocimiento de las mismas por parte del paciente en 2 casos y en 1 de los casos el desconocimiento fue por parte del personal. Ante el registro del estado de ansiedad un 72% presenta un estado moderado de ansiedad, un 20%: leve y un 8%: grave.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ante el estudio de resultados y la experiencia directa de los componentes que hemos trabajado en este proyecto, entendemos que la introducción de la nueva hoja de registro ha sido satisfactoria para el personal que trabajamos en el en la actualidad. De esta manera se asegura la buena preparación del paciente antes de la realización del TEC así como disminución en el nivel de ansiedad del mismo.

7. OBSERVACIONES.

Se realizan las siguientes reuniones con las consiguientes actas.

ANEXO I

Acta I - 9 Sept. 2019
Proyecto de Mejora de Calidad 2016-0062

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0994

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Título: Manejo del Paciente Psiquiátrico ante la terapia electroconvulsiva.

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se elige a M Ángeles Gimeno 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 - 16 oct. 2019

Proyecto de Mejora de Calidad 2016-0062

Título: Manejo del Paciente Psiquiátrico ante la terapia electroconvulsiva.

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se valoran los datos recogidos hasta el momento.

Acta III - 28 nov. 2019

Proyecto de Mejora de Calidad 2016-0062

Título: Manejo del Paciente Psiquiátrico ante la terapia electroconvulsiva.

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

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 donde se analizará el estudio y se procederá a realizar la memoria.

Acta V - 20 Ene. 2020

Proyecto de Mejora de Calidad 2016-0062

Título: Manejo del Paciente Psiquiátrico ante la terapia electroconvulsiva.

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se revisan las conclusiones del trabajo.
2. Se diseña la memoria final.

Acta IV - 23 dic. 2019

Proyecto de Mejora de Calidad 2016-0062

Título: Manejo del Paciente Psiquiátrico ante la terapia electroconvulsiva.

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.
- tes reuniones con sus consiguientes actas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/994 ===== ***

Nº de registro: 0994

Título
MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCOMPULSIVA

Autores:
USON ALVAREZ CRISTINA, DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES, LOZANO SANCHEZ MARIA ELENA, GIMENO GIMENO MARIA ANGELES

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El paciente psiquiátrico es un paciente susceptible de no haber realizado correctamente el protocolo preterapia electroconvulsiva, así pues surge la necesidad de realizar un estudio de control que se hará inmediatamente antes del tec.
En este estudio se incluirá la necesidad de adecuar el estado de ansiedad de dichos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Visualizar las deficiencias en los pacientes psiquiátricos ante la terapia electroconvulsiva.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0994

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO ANTE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

MÉTODO

Realizaremos un estudio de las necesidades que surgen ante el TEC.
Estudiaremos la necesidad o no de un protocolo pre-TEC que se aplicaría en el Despertar (es donde se realiza el TEC).
Resaltaremos la necesidad del control de la ansiedad de estos pacientes ante esta terapia.
Estudiaremos la importancia de que todo el equipo sanitario actúe de la misma manera.
Para todo esto realizaremos reuniones periódicas y modificaciones de los aspectos de estudio necesarios.

INDICADORES

Número de pacientes que llegan al TEC sin haber cumplido las normas previas a la terapia.
Causas de este incumplimiento.
Destacaremos las causas, el por qué y cómo mejorar.

DURACIÓN

La duración del seguimiento será de un año.
Se realizarán reuniones periódicas para valorar el protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1222

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ BONED JULIANI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO GREGORIO EDUARDO
VIDAL PERACHO CONCEPCION
GRACIA GIMENO PAOLA
CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN
CORRUCHAGA ARREGUI DOLORES
LOBERA LAHOZA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El estudio se realiza en 60 pacientes de ambos sexos a los que previamente se ha informado del objetivo del mismo mediante la entrega de una hoja informativa. Voluntariamente los pacientes aceptan participar firmando su consentimiento. 30 pacientes están hospitalizados y otros 30 acuden a la sala de toma de muestras de consultas externas del hospital. La media de edad es de 71.6 años (44 a 96). A todos ellos se les ha solicitado análisis de glucemia venosa (GV) y se les practica una punción capilar en un dedo de la mano para determinar la glucemia capilar (GC). La toma de muestras se realiza entre las 8:00 y 10:00 horas de la mañana tras un periodo de ayuno mínimo de 10 horas según procedimiento de toma de muestras, PTP-04-Z1(E)R-L. Se cumple el calendario establecido para el proyecto.

La determinación de glucosa en suero se realiza en el sistema analítico Cobas 6000 mediante procedimiento espectrofotométrico basado en el método de hexoquinasa. La glucosa capilar se analiza en los glucómetros NIPRO y Accu-Check mediante tiras reactivas y método de glucosa deshidrogenasa. En la misma muestra de sangre se analizaron otras magnitudes que pueden interferir con la determinación de glucemia capilar como el hematocrito y los valores en suero de urea y sodio.

Se realiza una validación de las prestaciones analíticas de los métodos mediante el procesamiento de muestras control a dos niveles de concentración. Se utilizan especificaciones de calidad analítica basadas en variación biológica y Rilibak.

Análisis estadístico: los valores de glucemia se expresan mediante la media y la DS. Tras comprobar la distribución normal de los resultados (test de Kolmogorov-Smirnov) se analiza, en global y en subgrupos, la diferencia de medias de cada GC respecto a la GV y se realiza un estudio de comparación mediante el test de Kruskal-Wallis y la regresión lineal no paramétrica de Passing-Bablok, la cual nos ha permitido conocer el error sistemático (ES) asociado a cada glucómetro. Para evaluar la concordancia entre los datos se utilizaron de forma complementaria los coeficientes de correlación intraclase -ICC- como estadístico global de concordancia y el método gráfico de Bland-Altman que informa de la distribución de las diferencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se descartan interferencias analíticas.

Ambos glucómetros cumplen la especificación de imprecisión (2.8%) sólo para el nivel más bajo de control. El glucómetro Accu-Check cumple las especificaciones de ES (7.8%) para ambos niveles y el NIPRO sólo para el nivel alto.

Los resultados obtenidos tanto con los dos glucómetros como en sangre venosa no presentaron una distribución normal siendo los valores promedio de GC (NIPRO: 117.4 mg/dl y Accu-Check: 124.6 mg/dL) inferiores a los de GV (127.6 mg/dL).

La comparación de medias entre grupos se realizó mediante el test de Kruskal-Wallis, no observándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre las medias de los resultados de glucemia venosa y los de GC obtenidos con los dos glucómetros, ni entre los resultados de los glucómetros comparados entre sí ($p = 0.715$). La diferencia entre los resultados de ambos glucómetros y la glucemia venosa (método de referencia) es menor del 20 % para todos los valores de glucosa, cumpliendo los criterios establecidos en la norma ISO 15197: 2015. No obstante, el ES detectado al comparar los resultados del glucómetro NIPRO y la glucemia venosa (5.5%) supera el límite de inexactitud establecido por la ADA (5%).

El estudio de concordancia mediante el cálculo del CCI tanto entre la GC de los 2 glucómetros como entre la obtenida en cada uno de ellos y la GV mostró los siguientes valores: NIPRO- Accu-Check = 0.94, venosa-NIPRO= 0.85, venosa-Accu-Check = 0.91. Al estudiar la concordancia mediante el test de Bland-Altman, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre métodos.

Finalmente, tomando como referencia los valores obtenidos en sangre venosa, se clasificaron los resultados en 3 grupos (DM para aquellos resultados mayores o iguales a 126 mg/dL, normoglucémicos para los < 110 mg/dL y TAG para los resultados entre 110 y 125 mg/dL) estudiando las proporciones obtenidas con los tres métodos y comparando las obtenidas entre los glucómetros ($\chi^2 = 0.48$). Si bien las diferencias obtenidas no son estadísticamente significativas ($p < 0.05$), se observa que el glucómetro NIPRO subestima el % de pacientes con DM.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1222

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. El glucómetro Accu-Check presenta mejores prestaciones analíticas que el NIPRO.
2. No existen diferencias significativas al comparar los resultados de GC entre los dos glucómetros ni entre cada uno de ellos respecto a los resultados de GV aunque sí se detecta un error sistemático que supera el criterio establecido por la ADA para el glucómetro NIPRO respecto a la glucemia venosa determinada en el analizador Cobas 6000.
3. Aunque existe un elevado grado de concordancia en los resultados globales de GC obtenidos con los glucómetros y los de GV analizados en el sistema Cobas 6000, el glucómetro NIPRO proporciona resultados más bajos para niveles de glucemia superiores a 126 mg/dL.
4. No se detectan interferencias analíticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1222 ===== ***

Nº de registro: 1222

Título
FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

Autores:
BONED JULIANI BEATRIZ, ALONSO GREGORIO EDUARDO, VIDAL PERACHO CONCEPCION, GRACIA GIMENO PAOLA, CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN, SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR, MARCO MARTIN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los glucómetros son dispositivos médicos de Point of care testing, POCT (pruebas en el punto de cuidados) que permiten la medida de la concentración de glucosa en sangre capilar y han supuesto, desde su introducción en los inicios de los años 70, un cambio revolucionario en el control de la diabetes. La posibilidad de obtener resultados en un espacio de tiempo muy corto, tanto por parte del propio paciente como del personal sanitario, así como la creciente ?abilidad de estos dispositivos, han posibilitado que su uso se haya generalizado y que actualmente no sea posible imaginar el control y seguimiento de esta enfermedad sin la utilización de los glucómetros.
Sin embargo, a pesar de las mejoras introducidas en estos dispositivos, siguen existiendo cuestiones pendientes de resolver como las discrepancias entre los resultados de glucosa obtenidos con los glucómetros y los obtenidos con los procedimientos analíticos utilizados habitualmente en los laboratorios clínicos o las diferencias entre los resultados que proporcionan los diferentes glucómetros que hay en el mercado y que utilizan diversas tecnologías y metodologías.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer la fiabilidad de los glucómetros utilizados en HRV mediante la validación/verificación de sus prestaciones analíticas de exactitud, precisión y veracidad.
- Comparar sus resultados con otros del mercado.
- Establecer el grado de concordancia entre los resultados de glucemia capilar obtenidos con los diferentes dispositivos entre sí y con los de glucemia venosa que proporciona el sistema analítico en uso en el laboratorio de Bioquímica del hospital.
- Conocer las limitaciones preanalíticas y analíticas que pueden afectar a la fiabilidad de los resultados

Población y muestra

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1222

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

Pacientes hospitalizados y pacientes que acuden a la sala de toma de muestras de consultas externas a los que se analizará la glucemia por ambos métodos (criterio de exclusión: no haber realizado un ayuno nocturno mínimo de 10 horas), como mínimo 60 pacientes de cada tipo. A partir de la agenda diaria de extracciones y del listado de pacientes ingresados (admisión) se realizará un muestreo aleatorio sistemático hasta completar el tamaño muestral. A cada participante seleccionado se le informará del objetivo del estudio mediante la entrega de una hoja informativa.

Se procesarán muestras de control de calidad con diferentes concentraciones de glucosa (una alta y otra baja) para validar las prestaciones analíticas.

MÉTODO

- Estudio de la imprecisión de los resultados en condiciones de repetibilidad y reproducibilidad y de su exactitud siguiendo los protocolos recomendados por la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQCML).
- Determinación de glucosa en los glucómetros NIPRO y Accu-Check. Método GDH_FAD y procedimiento amperométrico, previa comprobación del estado de las tiras reactivas y calibración de los dispositivos. Se procesarán muestras de control de calidad y muestras de pacientes (glucemia capilar).
- Determinación de glucemia venosa mediante procedimiento analítico espectrofotométrico y método HK en el sistema Cobas c501 de Roche en muestras de sangre venosa obtenida, de los pacientes seleccionados, por personal de enfermería del laboratorio, según procedimiento de toma de muestras, PTP-04-Z1(E)R-L.
- Estudio de la veracidad: regresión lineal no paramétrica de Passing-Bablok considerando el método de determinación de glucemia venosa como el método de referencia.
- Evaluar la influencia del hematocrito en cada uno de los glucómetros

INDICADORES

- % resultados de cada glucómetro que cumplen especificaciones de exactitud y precisión
- % resultados con diferencias significativas entre glucómetros
- % resultados de glucemia capilar que presentan discrepancias con glucemia venosa dentro de límites de aceptabilidad

Para evaluar los resultados de los indicadores se seguirán las recomendaciones y criterios de la norma ISO 15197:2013 Requirements for blood-glucose monitoring systems for self-testing in managing diabetes mellitus, específica para glucómetros, los criterios propuestos por el Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) y por la SEQCML.

DURACIÓN

- Duración del estudio: 6 meses
- Selección de pacientes hospitalizados: Servicio de endocrinología. Junio-Agosto 2018
- Selección de pacientes ambulatorios: Servicio de Bioquímica. Junio-Agosto 2018
- Validación/verificación prestaciones: Servicio de Bioquímica. Julio-Septiembre 2018
- Evaluación de interferencias: Septiembre-Octubre
- Estudio veracidad: Octubre-Diciembre 2018.

Finalizado el estudio se comunicará a los usuarios, tanto internos como externos, la fiabilidad analítica de los resultados de los glucómetros en uso, sus limitaciones y posibles causas de errores en los resultados, intentando minimizar de esta manera su efecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2018/0995

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA LASALA CONTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ VICENTE MARIA PILAR
GARZA BERDEJO ELENA
SIN JORDAN MARIA TERESA
SERIÑAN PEREZ DANIEL
MARQUEZ TORRALBA ELENA
TEJERO BUENO YOLANDA
LAIN AGUDO MARIA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. SE HAN REALIZADO 4 REUNIONES ESPACIADAS EN EL TIEMPO PARA IR AVANZANDO EN NUESTRO PROYECTO, EN LAS CUALES:
-SE HA CONSTITUIDO EL EQUIPO DEL PROYECTO
-SE HAN DISTRIBUIDO RESPONSABILIDADES
-SE HAN DETERMINADO LOS PLAZOS DE LAS DIFERENTES FASES DEL PROYECTO
- SE HA DISEÑADO EL NUEVO FORMULARIO CON EL CONSENSO DE TODOS LOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO
- NOS HEMOS PUESTO DE ACUERDO EN LA FORMA DE IMPLEMENTAR EL NUEVO FORMULARIO, EL PILOTAJE DE PRUEBA ASI COMO SU DURACION
2. ACTUALMENTE NOS ENCONTRAMOS EN LA FASE DE PILOTAJE DEL NUEVO DOCUMENTO, SIENDO SU DURACION DE UN MES APROXIMADAMENTE Y APLICADO AL 100 % DE LAS INTERVENCIONES DE TRAUMATOLOGIA
3. SE HA ENCARGADO LA IMPRESION DEL NUEVO FORMULARIO, MIENTRAS TANTO LA MONITORIZACION SE ESTA REALIZANDO CON HOJAS IMPRESAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

POR EL MOMENTO, LA EXPERIENCIA DIRECTA DE LOS COMPONENTES QUE ESTAMOS TRABAJANDO EN ESTE PROYECTO Y LAS DEMAS PERSONAS IMPLICADAS, ES SATISFACTORIA (EN EL POCO TIEMPO QUE LLEVA EL PILOTAJE, APENAS DOS SEMANAS) :
-SE HA MEJORADO LA COMUNICACION A LA HORA DE PEDIR EL MATERIAL ENTRE EL SERVICIO DE QUIROFANO Y ESTERILIZACION, EVITANDO ERRORES DE COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE DICHS SERVICIOS
-SE HAN MEJORADO LOS CONOCIMIENTOS DE TODO EL MATERIAL DISPONIBLE DE TRAUMATOLOGIA
-SE HA MEJORADO LA CALIDAD DE LA LABOR ASISTENCIAL DIRIGIDA A LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE DICHA ESPECIALIDAD

COMO INDICADORES DE RESULTADOS ALCANZADOS MAS ADELANTE UTILIZAREMOS ENCUESTAS DE SATISFACCION A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

POR EL MOMENTO, LA EXPERIENCIA DE LOS COMPONENTES QUE ESTAMOS TRABAJANDO EN ESTA NUEVA FORMA DE PEDIR EL MATERIAL DE TRAUMATOLOGIA, ES SATISFACTORIA, CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS QUE NOS HABIAMOS PROPUESTO :
-SE HA MEJORADO LA COMUNICACION A LA HORA DE PEDIR EL MATERIAL ENTRE EL SERVICIO DE QUIROFANO Y ESTERILIZACION, EVITANDO ERRORES DE COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE DICHS SERVICIOS
-SE HAN MEJORADO LOS CONOCIMIENTOS DE TODO EL MATERIAL DISPONIBLE DE TRAUMATOLOGIA POR PARTE DE LOS COMPONENTES DEL EQUIPO DE ESTE PROYECTO
-SE HA MEJORADO LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA LABOR ASISTENCIAL DIRIGIDA A LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE DICHA ESPECIALIDAD

QUEDA PENDIENTE TERMINAR LA FASE DE PILOTAJE, CREAR Y REALIZAR ENCUESTAS A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS, LA VALORACION DEL PROYECTO Y POR ULTIMO IMPLANTAR EL NUEVO DOCUMENTO FINAL, CUANDO ESTE LISTO EN REPROGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/995 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0995

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

Nº de registro: 0995

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

Autores:
LASALA CONTE ELENA, GARZA BERDEJO ELENA, MARTINEZ VICENTE MARIA PILAR, SIN JORDAN MAITE, ALCANTARA MORENO PILAR, LUÑO ARAUZO SUSANA, BOROBIA BONEL RAQUEL, LAIN AGUDO MARIA SOLEDAD

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: traumatología y cirugía ortopédica
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Se detecta la necesidad de crear un formulario de petición de instrumental quirúrgico de traumatología a la central de esterilización.
- Actualmente se pide el material anotando una lista de pedido de material en un formulario.
- Cuando se envía el material sucio después de la intervención quirúrgica a esterilización, lo hacemos en una hoja donde está impreso todo el material disponible y marcamos con una x lo que hemos utilizado. Pensamos que de la misma forma podríamos pedir el material al principio de la jornada.
- Esto servirá para evitar errores de comunicación con la central de esterilización y para aprender a interiorizar todo el material disponible de traumatología pues es de gran amplitud.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la transmisión de la información entre los profesionales de los diferentes servicios implicados, quirófano de traumatología y esterilización.
- Evitar errores de comunicación entre dichos profesionales.
- Mejorar los conocimientos de todo el material disponible de traumatología, dada su gran amplitud.
- Mejorar la calidad de la labor asistencial dirigida a los pacientes intervenidos de traumatología y cirugía ortopédica.

MÉTODO
- Constitución del equipo de proyecto.
- Sistematización de las reuniones.
- Diseño del nuevo formulario.
- Seguimiento de una monitorización de prueba del nuevo documento creado para su evaluación y posibles ajustes.

INDICADORES
- Utilización del nuevo formato durante al menos un mes.
- Encuesta de satisfacción y de ampliación de conocimientos a los profesionales implicados.
Nº de formularios rellenos/nº de solicitudes de material intervenciones de trauma x 100 / standart 90%
Nº de enfermeras que conocen el material a través del formulario/ nº total de enfermeras x100 / standart 70%

- Informe final.

DURACIÓN
Inicio: Octubre 2018 . Reunión inicial y distribución de responsabilidades y determinación de plazos.
Reuniones de trabajo/consenso: de noviembre de 2018 a febrero de 2019
Pilotaje: marzo de 2019
Informe final: mayo/ junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0995

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0484

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 26/01/2020

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.
BOROBIA BONEL RAQUEL
FACI BOUTHELIER ANGEL
GIMENEZ PEREZ SILVINA
HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD
ESBEC ALBALAD MARIA PILAR
LASALA CONTE ELENA
ROCHE ORDUNA MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se procede a la formación del grupo de trabajo en marzo de 2019. Se realiza la distribución de tareas, determinando como medio de intercambio de bibliografía y documentos el correo electrónico.

El cronograma inicial sufre las siguientes modificaciones:

-2ª reunión: junio de 2019. Elaboración del nuevo inventario y del documento de revisión y precinto del carro de intubación difícil (en adelante, CID); presentación de posibles formatos para la plantilla de chequeo.

-3ª reunión: noviembre de 2019. Presentación de la plantilla de chequeo, en formato Excel.

-4ª reunión: diciembre de 2019. Modificación de la composición del carro y su cartelería. Presentación del documento de revisión y la plantilla de chequeo final a la supervisión del servicio. Solicitud de fecha de impartición de la sesión formativa del equipo de enfermería, dentro del calendario de sesiones clínicas del primer semestre de 2020.

-10 enero 2020: presentación en sesión clínica de los documentos por parte de la supervisión del servicio. Puesta en marcha de la nueva sistemática de revisión según el calendario propuesto.

En la revisión bibliográfica, destacan los siguientes artículos (1, 2, 3), así como la recomendación de descarga de la aplicación de la DAS (Difficult Airway Society):

Frerk C, Mitchell VS, McNarry AF, Mendonca C, Bhagrath R, Patel A, O'Sullivan EP et Al. Difficult Airway Society intubation guidelines working group. Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. British Journal of Anaesthesia, 115(6): 827-48 (2015) doi: 10.1093/bja/aev371 Advance Access Publication Date: 10 November 2015 Special Article.

Gómez-Ríos MA, Gaitini L, Matter I, Somri M. Guías y algoritmos para el manejo de la vía aérea difícil. Rev Española de Anestesiología y Reanimación 2018;65(1): 41-48. ID MEDES: 126476 DOI: 10.1016/j.redar.2017.07.009

Rosenblatt WH, Arttime C. Management of the difficult airway for general anesthesia in adults. Literature review current through: Oct 2019. This topic last updated: May 23, 2019.
<https://www.uptodate.com/contents/management-of-the-difficult-airway-for-general-anesthesia-in-adults#references>

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualización del contenido del CID conforme a las necesidades actuales del servicio y los materiales disponibles, así como del protocolo existente de vía aérea difícil. Se descarta la necesidad de un maletín compacto que permita una posible atención extra quirúrgica; en tal necesidad se propone usar los video-laringoscopios (Glidescope o C-Mac), ya que su diseño con carro facilita la salida del bloque quirúrgico.

Nueva plantilla y sistemática de chequeo disponibles

Realización de al menos una sesión clínica formativa con los resultados del proyecto, además de la difusión de los documentos a través de las TIC a todo el personal del servicio.

Elaboración semestral de indicadores de calidad, comunicando oportunamente los datos a la supervisión del servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso del CID está ligado a situaciones urgentes en el manejo de la vía aérea, que requieren de una ubicación concreta y conocida del mismo, así como de un contenido fiable en cuanto a su disponibilidad y estado de uso.

Las actividades realizadas han sido concretas y su ejecución asequible por parte de todos los miembros del equipo. Pequeños gestos de un grupo dan lugar a buenas prácticas en materia de calidad y seguridad en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0484

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

atención al paciente, y ponen en valor los recursos materiales públicos y a los profesionales que los manejan.

7. OBSERVACIONES.

Quedan a disposición de los evaluadores del proyecto, los documentos elaborados en el proyecto: sistemática de revisiones, plantilla de chequeo y protocolo de vía aérea difícil.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/484 ===== ***

Nº de registro: 0484

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
CANO LAZARO RAQUEL, BOROBIA BONEL RAQUEL, FACI BOUTHELIER ANGEL, GIMENEZ PEREZ SILVINA, HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD, ESBEK ALBALAD MARIA PILAR, LASALA CONTE ELENA, ROCHE ORDUNA MIRIAM

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 quirúrgico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Bloque Quirúrgico del Hospital Royo Villanova está dotado de un equipo de enfermería quirúrgica que desempeña sus funciones indistintamente en anestesia, como circulante, y en instrumentación. Debido al volumen de intervenciones quirúrgicas, la superespecialización dentro del Bloque Quirúrgico y la movilidad del equipo de enfermería, se inicia en el año 2015 el Proyecto de Mejora de la Calidad nº509 "Actualización de la Enfermera Quirúrgica en el uso del carro de intubación difícil". Este proyecto da como resultados la unificación de criterios, la elaboración de un listado de material, y la realización de sesiones formativas. La incorporación de nuevos materiales de anestesia, así como la renovación de los disponibles, deja en desuso parte del carro de intubación difícil (en adelante, CID). El reciente recinto del mismo, hace plantearse la periodicidad idónea de las revisiones. A su vez, la revisión de caducidades se realiza de manera informal, no estando estandarizada su revisión como el resto de equipos y materiales del servicio. Las circunstancias externas al Bloque Quirúrgico en las que se demandan materiales del CID, hace necesaria una visión de conjunto a la hora de diseñar el contenido del carro, para un posible traslado ágil y eficaz de los materiales. Con carácter general, resulta conveniente la revisión de la bibliografía existente en materia de protocolos de VAD para la actualización del ya existente como adjunto del CID.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal:
Revisar y actualizar el contenido del CID
Objetivos secundarios:
Elaborar una plantilla de chequeo del CID
Determinar el procedimiento de sellado del carro
Difundir las novedades entre el equipo de enfermería del Bloque Quirúrgico

MÉTODO
Formación de un grupo de trabajo, con el empleo de las TIC para establecer una comunicación ágil y eficaz.
Elaboración de un cronograma de trabajo.
Revisión bibliográfica de la VAD en los principales motores de búsqueda y en revistas de impacto.
Consenso con el Servicio de Anestesia y Reanimación en la elaboración del nuevo listado de equipos y materiales.
Sesión formativa del equipo de enfermería.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0484

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

Elaboración de un listado completo con contenido y stock (formato Excel).
Diseño de una plantilla de chequeo.
Revisión de caducidades estandarizada.
Realización de al menos una sesión formativa.
Indicador semestral: nº de plantillas teóricas semanales/ nº plantillas reales cumplimentadas.
El estándar de calidad es del 95%

DURACIÓN

Fecha de inicio: marzo 2019.
Fecha de finalización: octubre 2019.
1ª reunión: marzo 2019; distribución de funciones y tareas.
2ª reunión: abril 2019; elaboración del nuevo listado, y presentación de formatos para la plantilla de chequeo.
3ª reunión: mayo 2019; presentación de la plantilla de chequeo y periodicidad de caducidades a Supervisión; reorganización del CID.
Septiembre-octubre 2019: sesiones formativas del equipo de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0578

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 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 - 2018/0941

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFORME DE ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CON FEVI REDUCIDA PARA CONSEGUIR TITULACION DE LOS FARMACOS INDICADOS POR LAS GUIAS

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ISABEL FITENI MERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIERGE VALERO DAVID
MARTINEZ LABUENA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Verano 2018: se elabora el informe de alta para la Insuficiencia Cardiaca Cronica con FEVI r (Fracción de Eyección de Ventrículo izdo.) reducida con pautas de titulación y autocuidado siguiendo las últimas Guías Clínicas del Grupo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Europea de Cardiología 2016 y de la American Heart Association/American College of Cardiology 2017. Se discute y corrige en varias reuniones del Grupo de Mejora de la Calidad Multidisciplinar para el Manejo de la Insuficiencia Cardiaca en H. Rojo Villanova donde participan Internistas, Cardiólogos y Médicos de Urgencias que se dedican a la atención a pacientes con IC y se acepta Septiembre de 2018
- Septiembre 2018: se empieza a incorporar a todos los informes de Alta con el diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca con FEVI reducida, sistemáticamente por parte de la Secretaria del Servicio de Cardiología
- Septiembre 2018 - finales Febrero 2019: Se añade en el apartado del tratamiento de los informes de alta de este grupo de pacientes con FEVIr, los consejos de autocuidado y las consignas para titulación de los fármacos por parte de Atención Primaria.
Material elaborado: plantilla de tratamiento con los consejos de autocuidado y con las familias de fármacos recomendados y consejos para su titulación según los parámetros que hay que tener en consideración para cada uno. Texto con posibilidad de individualizar, para todas las necesidades. Aceptado en el grupo multidisciplinar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Pacientes dados de alta con diagnóstico de Insuficiencia cardíaca en los 6 meses (septiembre-fin febrero) : 106. De los cuales el 17,9% son IC con FEVI reducida. Pacientes con IC con FEVI reducida con consejos de autocuidado en el informe 85% (standard 100%) . El 15 % sin estos consejos son pacientes que se trasladaron a otros centros o Unidades y no se entregó informe a los pacientes. De los informes de alta realizados y entregados incluían estos consejos en el 100%
- Pacientes con FEVI reducida con consignas de titulación para AP: 71,4%. El 28,6% sin estos consejos en el informe de alta incluyen pacientes que se trasladaron (a HUMS, a MI y HaD) y no se les entregó informe directamente y pacientes con contraindicación para los medicamentos de las guías. (Standard a alcanzar: 60-70%).
Fuente: SEC (Sociedad Española de Cardiología)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se plantea utilizar el mismo plan en el Servicio de Medicina Interna y Hospitalización a Domicilio para los pacientes con IC FER de la misma manera para homogeneizar el proceso en todos los Servicios del Hospital Rojo Villanova que atienden a pacientes con esta enfermedad (con disfunción sistólica o FEVI reducida)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/941 ===== ***

Nº de registro: 0941

Título
MEJORA DEL INFORME DE ALTA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CON FEVI REDUCIDA PARA CONSEGUIR TITULACION DE LOS FARMACOS INDICADOS POR LAS GUIAS

Autores:
FITENI MERA ISABEL, BIERGE VALERO DAVID, MARTINEZ LABUENA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0941

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFORME DE ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CON FEVI REDUCIDA PARA CONSEGUIR TITULACION DE LOS FARMACOS INDICADOS POR LAS GUIAS

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN LA CONTINUIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el tratamiento de la Insuficiencia cardiaca con FEVI reducida se ha demostrado que la administración de betabloqueantes, IECA/ARAII y ARM a dosis plenas reducen tanto mortalidad como reingresos por IC y por eso las guías tanto europeas como americanas de Cardiología lo recomiendan con un nivel IA.. Aunque se ha aumentado la proporción de pacientes con esta terapia, todavía escasamente un 28 % a nivel mundial reciben todos ellos a dosis recomendadas para esta indicación. UN objetivo importante en estos pacientes es que lleguen a las dosis plenas recomendadas que se alcanzan progresivamente. En el momento del alta se inician estos tratamientos pero la titulación debe realizarse de forma paulatina y ambulatoria con control en las consultas. Uno de los problemas para conseguirlo es la falta de continuidad asistencial y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la consecución de la titulación entre el Hospital y el seguimiento en consultas tanto Primaria como especializada, especialmente con Primaria. Conseguir alcanzar las dosis plenas recomendadas en esta indicación de IC por las guías de práctica clínica.

MÉTODO

1. Escribir en el informe de alta de los pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI reducida, las indicaciones precisas para aumentar progresivamente las dosis de estos medicamentos con dosis objetivo, controles necesarios para evitar complicaciones, y pautas.
2. Escribir en el informe de alta los síntomas que el paciente debe controlar como parte del autocuidado y mejorar el seguimiento para acudir a tiempo a su médico y evitar reingresos

INDICADORES

- Indicadores :

1. número de informes de alta con el diagnóstico de IC con FEVI reducida con instrucciones en el tratamiento de titulación de los medicamentos: betabloqueante, IECA o ARAII y espirolactona
 2. Número de informes de alta con diagnóstico de IC con FEVI reducida con instrucciones de síntomas que debe vigilar el paciente para autocuidado
- STANDARD: 1. sólo el 70% de los pacientes no tienen contraindicación para estos tratamientos. Por lo tanto habría que alcanzar el 60-70% de los pacientes con este diagnóstico al alta (límite inferior : 50% y superior 70%)
2. Vlor para síntomas a vigilar por el paciente: 100% de los informes

DURACIÓN

Inicio del proyecto: JUNIO 2018

Fin del proyecto: ABRIL 2019

Actividades:

1. mejorar el informe de alta con esta información para la continuidad asistencial
2. control de los informes de alta en HCE, mes a mes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0978

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EJERCICIO SUPERVISADO EN REHABILITACIÓN CARDIACA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE FERNANDO GARZA BENITO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBARRAN MARTIN CARMEN
CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS
ACIN MIGUEL TERESA
CARNICER NAVARRO MARIA ANGELES
NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA
MENDOZA DILOY ABRAHAM
MUÑOZ DIESTRE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. El programa de ejercicio supervisado domiciliario (SD) se ha desarrollado en la Unidad de rehabilitación cardiaca de Zaragoza (URHCZ) ubicada en H. Nuestra Señora de Gracia. Realizaron programas completos: educativo (8 charlas grupales), prevención secundaria individualizada (deshabitación tabáquica, dietética, dislipemia, diabetes,..) y de ejercicio físico supervisado (valoración previa, prescripción ejercicio domiciliario, control quincenal de la actividad realizada y refuerzo de actividad a realizar,..). No se realizó en este grupo de pacientes programa psicológico al disponer la unidad de un solo día/semana de psicólogo clínico, queda pendiente la aplicación de este programa en cuanto se disponga de más tiempo de profesional. En el desarrollo del programa de SD han colaborado cardiólogos, médico rehabilitador, enfermería, fisioterapeutas, auxiliares clínicos y administrativo,...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cronograma de implantación se ha cumplido: Se inició la actividad de forma progresiva incluyéndose pacientes menores de 68 años con cardiopatía isquémica durante el primer semestre de 2019 formándose grupos de 5-7 pacientes para ir aumentando en número de pacientes hasta 10 por grupo, alcanzándose a completar grupos de 40 pacientes cada 8 semanas en el segundo semestre.

Plan de comunicación: Se presentó el proyecto a los Jefes de Servicio de cardiología de los tres hospitales de los que depende y derivan pacientes, áreas I, II y III de Zaragoza, posteriormente cada uno de los facultativos de la Unidad ha dado una sesión clínica en "su" hospital informando a los cardiólogos que derivan pacientes (hospitalización y ambulatorios) de la puesta en marcha de la SD y los criterios de inclusión de estos pacientes. Evaluación de resultados:

La implementación del programa de SD ha permitido aumentar el número de pacientes atendidos en la URHCZ (50% más en 2019) pudiéndose ampliar la edad de inclusión de pacientes de 65 a 68 años. Los estándares de adherencia, calidad percibida y satisfacción son similares que los obtenidos en pacientes de programas de ejercicio físico presencial. Así mismo ha permitido realizar la rehabilitación cardiaca (RHC) a pacientes que por trabajo, distancia geográfica u otros motivos disponen de escaso tiempo para asistir a los programas de RHC

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Este incremento de pacientes atendidos y el aumento de la edad de pacientes a incluir en programas ha conllevado un notable incremento de subprocesos de la unidad (consultas de inclusión y alta, ecocardiogramas, ergometrías, consultas de prevención secundaria: deshabitación tabáquica, dietética, diabetes,... Todo ello ha llevado a un aumento de la demora en la consulta de inclusión en rehabilitación cardiaca e incremento del tiempo de inicio en RHC de los pacientes, situación que está en análisis para mejora de procesos que solucionen o minimicen esta demora. Una vez resuelto este punto el incremento será del 100% sobre 2018 (de 240 pts/año a 480 pts/año) pudiéndose incluir los menores de 70 años. Esperamos que se pueda cumplir en 2020. En base a esta optimización de recursos se esta valorado el inicio de nuevos proyectos de mejora como la rehabilitación cardiaca en insuficiencia cardiaca, proyecto que esta en fase de diseño.

7. OBSERVACIONES.

----- PROYECTO DE REFERENCIA ----- (Año 2019 N°Reg 978) -----

Nº de registro: 0978

Título
PROGRAMA EJERCICIO FISICO SUPERVISADO EN REHABILITACION CARDIACA

Autores:
GARZA BENITO FERNANDO, ALBARRAN MARTIN CARMEN, CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS, ACIN MIGUEL TERESA, CARNICER NAVARRO MARIA ANGELES, NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, MENDOZA DILOY ABRAHAM, MUÑOZ DIESTE MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0978

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EJERCICIO SUPERVISADO EN REHABILITACIÓN CARDIACA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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 Rehabilitación cardiaca (RHC) es una disciplina de la cardiología reconocida en guías de actuación de las Sociedades de Cardiología con indicación clase IA en el tratamiento de cardiopatía isquémica, y en insuficiencia cardiaca. En 2015, se crea la "Unidad de Rehabilitación Cardiaca de Zaragoza" (URCZ) como una unidad común dependiente de los tres S. de Cardiología de las áreas asistenciales de Zaragoza (I, II y III) ubicada en el H. Nuestra Señora de Gracia (HNSG). Es una unidad ambulatoria con derivación de los pacientes al alta del hospital. Diseñada para abarcar un alto volumen de pacientes (en cuanto esté dotada del personal y equipamiento necesario) optimizando los recursos de los tres hospitales y del HNSG. Se estima que en actividad plena pueda atender a más de 800 pacientes al año (los generados en las tres áreas de insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica). El objetivo de los programas de RHC son lcardiopatías con especial atención en cardiopatía isquémica tras un evento agudo y en insuficiencia cardiaca. Con los recursos actuales, se atienden menores de 65 años, con el proyecto de SDE pretendemos atender a menores de 70 años.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto de "SDE" se pretende ampliar el número de pacientes a realizar rehabilitación cardiaca al año lo cual permitirá aumentar el rango de edad de inclusión de 65 a 70 años en cardiopatía isquémica e incorporar a los pacientes de insuficiencia cardiaca. La previsión de actividad duplicará el número de pacientes a incluir en RHC, pasando de 44 pacientes cada 8 semanas (240 pacientes/año) a 84 pacientes (504 pacientes/año).

MÉTODO

El programa de "SDE" aplica el ejercicio de forma ambulatoria. En la inclusión separamos dos grupos: Pacientes con riesgo alto: realizaran programa de ejercicio físico presencial en gimnasio monitorizados y Pacientes de bajo riesgo que realizaran "SDE": ejercicio físico por su cuenta monitorizados y dirigidos por los fisioterapeutas, con controles cada 15 días. El resto de acciones: Valoración previa y final, Programas de prevención secundaria,... programa educativo,... serán los mismos para ambos grupos de pacientes. Los pacientes que entrarían en el programa de SDE serán: Pacientes en FASE II de RHC, menores de 70 y de bajo riesgo con hábitos de ejercicio físico adecuados o pacientes que por diferentes motivos no pueden realizar el programa de ejercicio físico presencial (falta de tiempo, distancia,...). PROGRAMAS DE SDE.- Se realizará un programa de 8 semanas, similar a la fase II habitual con cambios que se especifican a continuación: 1.-INCLUSION.- Se realizará la inclusión igual que el resto. La inclusión consta de: Consultas de Enfermería, Cardiología y Médico Rehabilitador, ECG, bioimpedancia, analítica, test de calidad de vida, cooximetría, ecocardiograma, ergometría,... 2.- PROGRAMA EDUCATIVO.- durante las 8 semanas una charla semanal de una hora, sobre temas relativos a la cardiopatía isquémica y su prevención. 3.- PROGRAMA DE PREVENCION SECUNDARIA DE FACTORES DE RIESGO: cardiólogo y enfermería realizaran control de factores de riesgo del paciente: dietética, diabetes, tabaco,.. 4.- PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO SUPERVISADO DOMICILIARIO. Tras evaluación de umbrales de riesgo, el Médico Rehabilitador emite una orden de tratamiento de ejercicio físico individualizada para cada paciente, que debe hacer domiciliariamente. Cada 15 días acudirá al gimnasio de la URCZ donde el Fisioterapeuta evaluará la práctica del ejercicio prescrito al paciente. Anotará las incidencias del mismo e instruirá en grupo de los ejercicios de calentamiento, estiramientos, resistencia, ... 5.- PROGRAMA PSICOLOGICO. - Instrucción en técnicas de relajación y aspectos psicológicos. 6.- ALTA.- Al finalizar el programa se realizará una evaluación con informe de alta. 7.- REVISIONES: a los seis meses y año. Así como las consultas a demanda que solicite su médico de A. Primaria el primer año

INDICADORES

Se monitorizará los pacientes incluidos en programa, e indicadores de subprocesos, tiempos de demora de inclusión e inicio de programas

DURACIÓN

Implantación en 2019 a pacientes de áreas I, II y III, con criterios de inclusión y edades menores de 70 años.
Duración indefinida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0978

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EJERCICIO SUPERVISADO EN REHABILITACIÓN CARDIACA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1247

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE VERONICA ALIAGA RIVAS O'NEILL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARAGUAS BIESCAS MARIA ASUNCION
ALIACAR MUÑOZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 2 de abril 2019 se inició el screening de cardiopatías familiares en la consulta semanal de alta resolución en el Centro Médico de Espacialidades Grande Covián, con el objetivo de estudiar la posibilidad de ser portadores de enfermedad cardiovascular genéticamente determinada en pacientes con familiares portadores de las mismas. Las actividades llevadas a cabo en dicha consulta son las siguientes: realización de Electrocardiograma de 12 derivaciones en cada visita con descripción detallada del mismo (realizado por enfermería a cada paciente y analizado en la consulta de cardiología). Una historia clínica exhaustiva y dirigida haciendo hincapié en los antecedentes personales familiares cardiovasculares, detallando las edades de presentación de la enfermedad y de fallecimiento si fuera el caso, así como su relación familiar con el paciente estudiado. Se realizó un ecocardiograma Doppler color a todos los pacientes recabando datos habituales y otros más dirigidos a la entidad sospechada (se realiza con el ecocardiograma de la consulta evitando las demoras de la prueba solicitada en segundo tiempo). Toda esta información quedó plasmada en la historia clínica electrónica del paciente. Se realizó un árbol genealógico familiar de al menos tres generaciones, preguntando una a una por posibles enfermedades relacionadas con la Cardiopatía Familiar en estudio, esta información quedó solo plasmada en la historia clínica en papel del paciente por cuestiones de privacidad de datos (debido a que se deja constancia de patologías de sus familiares no presentes en la consulta en ese momento).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La totalidad de los pacientes estudiados (49 pacientes: 15% del total de los pacientes de alta resolución) fueron derivados desde atención primaria a través de la consulta virtual, siendo valorado en el término de 1 a 4 meses en función de lo comentado por su médico de cabecera. Los pacientes con familiares estudiados con genética diagnóstica se les solicito el estudio genético dirigido y fueron derivados a la consulta de cardiopatías familiares. (14 pacientes: 28%) A los pacientes con alteraciones morfológicas objetivadas en las pruebas diagnósticas iniciales se les solicito en su mayoría resonancia cardíaca confirmatoria y con el resultado positivo se los derivo a la consulta de cardiopatías familiares, el número de paciente que cumplimentaron estas etapas fue bajo debido a la demora de la técnica. (12 pacientes: 24%, no se contabilizan los que aún no tienen el resultado de las pruebas estructurales confirmatorias). Los pacientes sin evidencia de enfermedad y con familiares ya diagnosticados y en espera de resultados de estudios genéticos, se los sito nuevamente en 12 meses. (8 pacientes: 16%). Los pacientes con expresión fenotípica diagnosticada por las pruebas iniciales fueron tratados y derivados a la consulta de cardiopatías familiares. Todos ellos recibieron la indicación de estudio de screening familiar cardiovascular del resto de su familia. (12 pacientes: 24%) Hubo 3 casos (6%) donde al presentar datos claros de patología avanzada: enfermedad de Marfan con dilatación significativa de la aorta ascendente se realizaron las pruebas (genética, resonancia cardíaca y TC de aorta torácica) preferentes con intención de corrección quirúrgica de su patología. La demora entre el diagnóstico y la intervención fue menor de 5 meses en un paciente y el segundo y tercer paciente en estos momentos esperan la intervención no habiendo pasado esa fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto de mejora de la calidad en la atención de pacientes de la consulta de alta resolución orientado a la detección de cardiopatías genéticamente determinadas ha permitido el estudio inicial completo de 49 pacientes de un total de 320 pacientes vistos en la consulta (consulta de un día a la semana durante 9 meses). No se tienen en cuenta a los pacientes que se encuentran en espera de realización de prueba diagnóstica confirmatoria estructural por lo que el número podría ser mayor. Como puntos a mejorar en este proyecto cabría la realización de una vía mas rápida para la realización de estas pruebas estructurales y también otra vía preferente en el servicio de genética a fin de disminuir los tiempos de citación y de realización de la prueba y posteriormente el diagnóstico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1247 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1247

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Nº de registro: 1247

Título
PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
ALIAGA RIVAS O'NEILL VERONICA, ARAGUAS BIESCAS ASUNCION, ALIACAR MUÑOZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: CARDIOPATIAS GENETICAMENTE DETERMINADAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con el término cardiopatías familiares se designa un grupo de enfermedades cardiovasculares (miocardiopatías, canalopatías, algunas enfermedades aórticas y otros síndromes) que comparten una serie de características comunes: tienen una base genética, una presentación familiar, un curso clínico heterogéneo y, por último, todas pueden relacionarse con la muerte súbita. La muerte súbita tiene un alto impacto social, económico y mediático. La cardiopatía isquémica es la causa más importante de muerte súbita en individuos de edad avanzada con factores de riesgo de enfermedad coronaria, mientras que las cardiopatías Familiares son causa frecuente en menores de 35 años (ya sean deportistas o no).

Por todo esto se ha implementado la creación de unidades especializadas, de referencia, para el diagnóstico y el tratamiento de estas Cardiopatías Familiares. Estas unidades son multidisciplinarias y mantener una estrecha relación con otros servicios y especialidades.

En nuestro hospital recientemente se ha implementado la derivación a través de consultas virtuales desde atención primaria, del paciente con dudas sobre la posibilidad de presentación de patologías cardiovasculares. Desde el comienzo se ha notado un número importante de consultas en relación a la posibilidad de ser portador de una cardiopatía familiar presente y diagnosticada en familiar de primer grado. Por tal motivo creemos en la necesidad de focalizar estos pacientes en la consulta de alta de resolución con intención de aproximación diagnóstica para poder derivarlos posteriormente a la consulta especializada de cardiopatías familiares con las pruebas básicas ya realizadas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Estudiar a paciente con sospecha de cardiopatía familiar derivados desde atención primaria a través de Historia clínica exhaustiva, realización de ECG basal y ecocardiograma en la visita inicial.
- Solicitar valoración en la consulta de arritmias en los casos con evidencia clínica de presencia de alteración eléctrica y/o arritmias definidas.
- Solicitar estudio de imagen avanzado en los casos de alteración estructural cardiovascular.
- Realizar un seguimiento del paciente hasta que se defina la presencia/ausencia de cardiopatía familiar y su derivación a la consulta específica de cardiopatías genéticamente determinadas.

MÉTODO

La nueva consulta de alta resolución localizada en las consultas externas Grande Covián cuenta con la posibilidad de realización inmediata del ECG, historia clínica electrónica y ecocardiograma doppler en el mismo momento de la visita del paciente.

Los pacientes serán derivados a esta consulta en el mismo momento que se responde la consulta virtual de atención primaria, con la recomendación al médico de cabecera de la necesidad de aportar toda la información clínica de los familiares afectos del paciente derivado.

En el momento de la primera visita se realizará una entrevista exhaustiva al paciente poniendo especial interés en los siguientes apartados:

- Árbol familiar de al menos 3 generaciones preguntando una a una las posibles enfermedades relacionadas con la Cardiopatía Familiar en estudio.
- Características del trazado de ECG.
- Antecedentes personales familiares orientado a patología cardiovascular.
- Antecedentes de muerte súbita en la familia incluido lactantes.
- Antecedentes personales de síncope, palpitaciones o angina.

Se realizará un ecocardiograma reglado con valoración de diámetros y volúmenes de cavidades, espesor parietal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1247

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS FAMILIARES DESDE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL ROYO VILLANOVA

del VI y VD. Presencia de alteraciones estructurales miocárdicas, valvulares o de la aorta. Se solicitarán estudios específicos en relación a los hallazgos de la primera entrevista.

INDICADORES

- ECG de 12 derivaciones en cada visita: descripción detallada del mismo en relación con el total de pacientes visitados.
 - Arbol familiar de al menos tres generaciones, preguntando una a una por posibles enfermedades relacionadas con la CF en estudio en relación con el total de pacientes visitados. Fig.1 ejemplo de árbol familiar.
 - Total de pacientes diagnosticados en relación con el total de pacientes visitados.
 - Total de altas con exclusión de cardiopatías familiares en relación al total de pacientes visitados.
- Se valorará cada punto en cada HC realizada en estos pacientes.

DURACIÓN

Inicio inmediato ya que los recursos que necesitamos para empezar ya los tenemos. Se ha hablado con los integrantes del servicio de cardiología para dirigir las consultas virtuales con sospecha de cardiopatías familiares a la consulta de alta resolución.

OBSERVACIONES

En función del volumen de pacientes candidatos a esta consulta, se valorará la ampliación del número de consultas semanales destinadas al despistaje de cardiopatías familiares.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1286

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO

Fecha de entrada: 29/12/2019

2. RESPONSABLE SANTIAGO LAITA MONREAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORDON RUIZ RUBEN
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
AUQUILLA CLAVIJO PABLO ESTEBAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante un periodo de 4 meses, desde el 2 de mayo al 2 de septiembre de 2019, fueron registrados todos los pacientes a los que, por vía radial, se les realizó una coronariografía diagnóstica (sin revascularización) ambulatoria y aquellos en los que durante un ingreso agudo se les realizó una coronariografía diagnóstica y no eran subsidiarios de más estudio en dicho ingreso. Fueron recogidos datos de edad, género y motivo de petición de la prueba. Todos los pacientes se encontraban ingresados en el servicio de Cardiología del hospital Royo Villanova y fueron desplazados en ambulancia a nuestro centro de referencia (hospital Miguel Servet) con retorno tras la realización de la prueba. El resultado de la coronariografía fue evaluado por el médico responsable y el paciente fue informado debidamente. Si no había ninguna complicación o contraindicación se programaba el alta para esa misma tarde con un periodo de seguridad para la hemostasia y cicatrización de la punción de al menos 5 horas. Si el paciente retornaba a nuestro centro más allá del horario laboral y había un cardiólogo durante la guardia de Medicina interna éste informaba al paciente y daba el informe de alta ya elaborado previamente. En caso de no haber cardiólogo permaneció ingresado hasta el día siguiente para recibir toda la información.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total de pacientes registrados fue de 48; 41 de ellos (85%) fueron pruebas programadas de forma ambulatoria y 7 (15%) fueron pacientes con ingreso agudo. La edad media fue 67.7 años, un 64.6% hombres y 35.4% mujeres. Entre las causas de la indicación del cateterismo se encuentran: estudio previo a cirugía valvular 45.8% (ninguno de ellos fue durante ingreso agudo); estudio etiológico de miocardiopatía 8.3%; dolor torácico 39.6%; estudio etiológico de arritmias ventriculares 6.3%.

Entre los 41 pacientes programados de forma ambulatoria 34 de ellos fueron dados de alta la misma tarde de la prueba, lo que representa un 83% (se cumplió el objetivo del 75%). Dado que hubo 7 pacientes ingresados de forma aguda que fueron dados de alta el mismo día de la realización de un cateterismo diagnóstico hacen un total de 41 pacientes con alta precoz. Esto implica que se generará una tasa de 10.25 altas precoces al mes, equivalente a un ahorro de 10.25 días de estancia al mes.

Las causas por las que en 7 pacientes no se realizó alta precoz fueron las siguientes: 2 pacientes permanecieron ingresados para mejorar la función renal y evitar la nefropatía por contraste; 1 paciente portador de prótesis metálica requirió ajustar la dosis de anticoagulación antes de ser dado de alta; 1 paciente permaneció ingresado para estudio de una masa pulmonar; 1 paciente alérgico al yodo fue supervisado durante 24 horas por posibilidad de reacción al contraste yodado; 2 pacientes que necesitaron instrucciones antes del alta tuvieron un retorno tardío al hospital más allá del horario ordinario y sin cardiólogo durante esa tarde.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la realización de este proyecto hemos podido disminuir la estancia de nuestros pacientes sin empeorar su seguridad. Se han disminuido más de 10 días de estancia al mes lo que extrapolándolo a lo largo del año se podría llegar a más de 120 días de estancia. Ante estos resultados se ha continuado con esta dinámica de trabajo estableciéndose como rutina. El único aspecto con potencial de mejora es la hora de retorno de los pacientes para que puedan ser informados y dados de alta el mismo día; en nuestros resultados sólo 2 pacientes han sido perjudicados por este contexto lo que representa el 5% de los pacientes programados. No obstante se intentará mejorar la coordinación de su asistencia para reducirlo lo máximo posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1286 ===== ***

Nº de registro: 1286

Título
ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO

Autores:
LAITA MONREAL SANTIAGO, CORDON RUIZ RUBEN, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, AUQUILLA CLAVIJO PABLO ESTEBAN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1286

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cateterismo cardiaco coronario es un procedimiento invasivo utilizado para examinar el estado de las arterias coronarias con el objetivo principal de diagnosticar una enfermedad coronaria. Aunque existen otras, las principales indicaciones son la sospecha de la existencia de una cardiopatía isquémica o la evaluación del árbol coronario previo a una intervención quirúrgica cardiaca. La primera opción supone la posibilidad de tratar las obstrucciones existentes mediante stent o dilatación con balón, procedimiento terapéutico, de mayor riesgo que el diagnóstico, que en condiciones habituales requiere una vigilancia de al menos 24 horas para descartar cualquier complicación trombótica intrastent. Sin embargo, cuando a pesar de la sospecha no hay enfermedad coronaria o se trata de evaluar el estado coronario en el estudio previo a una cirugía valvular el procedimiento conlleva un riesgo mucho menor, relacionado principalmente con problemas en los puntos de acceso vascular. La ausencia de las mismas permitiría dar el alta al paciente tras un periodo de pocas horas de vigilancia.

La actuación respecto a los cateterismos cardiacos en nuestro servicio es de vigilancia durante 24 horas, con pernoctación del paciente tras el procedimiento. Esto es debido varias causas: el retorno del paciente desde el hospital de referencia en que se realiza la técnica suele ser tardío, incluso a veces posterior al fin de la jornada laboral, dificultando o impidiendo la evaluación del paciente por parte de su cardiólogo responsable; ausencia de guardias de Cardiología, siendo éstas de Medicina Interna y llevadas a cabo por médicos de diversas especialidades no familiarizados con esta técnica.

Un alta precoz en los pacientes en los que el estudio sólo se ha limitado a un procedimiento diagnóstico permitiría reducir en algún grado la estancia media y liberar camas que podrían ser utilizadas por pacientes pendientes de ingreso en Urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el alta en el mismo día en aquellos pacientes sometidos a un cateterismo cardiaco diagnóstico y que no presenten factores de riesgo de complicación para mejorar la comodidad del paciente, reducir la ocupación de camas y agilizar la disponibilidad para pacientes en Urgencias pendientes de ingreso.

MÉTODO

Todos los pacientes con cateterismo cardiaco no terapéutico por vía de acceso radial programado de forma ambulatoria con retorno precoz a nuestro centro desde la sala de Hemodinámica serán evaluados por su cardiólogo responsable y si no hay contraindicación se planificará su alta tras un periodo de seguridad suficiente para esa misma tarde y siempre que enfermería no sospeche ninguna complicación tras la retirada del apósito compresivo. En aquellos pacientes que tengan un retorno tardío más allá de la jornada laboral, se revisará el informe realizado por Hemodinámica en intranet y si no hay contraindicación se elaborará el informe para el alta, que se dará a lo largo de la tarde por parte del médico de guardia, únicamente si éste es cardiólogo, y tras una evaluación clínica previa.

Para los pacientes en ingreso por patología aguda cuyo fin del estudio corresponda con un cateterismo cardiaco no terapéutico se valorará igualmente la idoneidad del alta precoz en función de la situación del paciente, de acuerdo con las indicaciones previas.

INDICADORES

- Número total de cateterismos ambulatorios programados que no han requerido revascularización
- Número de altas precoces (la misma tarde del cateterismo) en cateterismos ambulatorios programados que no han requerido revascularización
- % de altas precoces en cateterismos programados que no han requerido revascularización. El objetivo a perseguir será de un 75%
- Número de altas precoces (la misma tarde del cateterismo) en cateterismos de pacientes con ingreso agudo que no han requerido revascularización
- Número total de altas precoces
- Se evaluará la tasa y el número total de altas precoces. También se estudiarán las causas de aquellos casos en los que el paciente no reciba una alta precoz tras un cateterismo ambulatorio que no ha requerido revascularización y se propondrán soluciones.

DURACIÓN

Se iniciará desde el 2 mayo y se continuará de forma indefinida. Se cuantificarán los resultados durante 4

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1286

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ TRAS CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO

meses para una posterior evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1297

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA AMBULATORIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO DOCUMENTADO DE FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ASUNCION ARAGUAS BIESCAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ROYO VILLANOVA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALIAGA RIVAS O'NEILL VERONICA
ALIACAR MUÑOZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 12 de abril 2019 se inició una consulta semanal monográfica de fibrilación auricular (FA) en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián, con el objetivo de valorar el primer episodio documentado de esta arritmia y definir la línea de actuación terapéutica más adecuada para cada paciente. Las actividades llevadas a cabo en dicha consulta son las siguientes: realización de electrocardiograma, elaboración de la historia clínica (incluyendo anamnesis, antecedentes personales / familiares, exploración física y datos analíticos sanguíneos relevantes) y realización de un ecocardiograma si no se dispone de un estudio ecocardiográfico en el último año. Para ello se hace uso del ecógrafo existente en la propia consulta, lo que permite disponer del estudio ecocardiográfico ya en la primera consulta. De esa manera se ahorra el tiempo de espera para la realización del ecocardiograma en el hospital y se evita una segunda consulta médica para la valoración del resultado. El electrocardiograma es realizado por el personal de enfermería antes de proceder a la consulta médica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como indicadores se han valorado las escalas CHA2DS2VASC (de predicción del riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes con FA) y HAS-BLED, (de valoración del riesgo de sangrado en pacientes con FA), el tamaño de la aurícula izquierda en el ecocardiograma, la tasa de filtrado glomerular para ajuste de la dosis del anticoagulante oral no antagonista de la vitamina K y la elección de estrategia de control de ritmo cardiaco o frecuencia cardiaca. Todos estos datos se han obtenido de la historia clínica, la analítica sanguínea y el estudio ecocardiográfico. Desde abril 2019 hasta diciembre 2019 se han valorado 200 pacientes, constando la valoración de los indicadores antes mencionados en 192 pacientes. Ello representa el 96 % del total de pacientes, por lo que se ha alcanzado el standard marcado del = 95%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de una consulta monográfica de fibrilación auricular ha permitido acortar el tiempo desde la detección de la arritmia hasta la valoración del paciente en la consulta, iniciando así más precozmente el tratamiento más idóneo en función de los datos extraídos de esta consulta. El 10 % de los pacientes han sido vistos en la consulta en menos de una semana desde el diagnóstico de la arritmia y el 90% en menos de un mes. Otro de los aspectos que permite optimizar el tratamiento de la fibrilación auricular es la reducción del tiempo de espera para la cardioversión eléctrica electiva en el hospital en aquellos casos en los que se considera indicada. Ello se consigue gracias a la valoración de cardiopatía estructural mediante ecocardiograma ya en la primera consulta, que permite decidir, por una parte, si el paciente es candidato o no a cardioversión eléctrica. Por otra parte, también permite la elección del tratamiento anticoagulante, de forma que, si se opta por un anticoagulante no antagonista de la vitamina K, el tiempo de espera para la cardioversión eléctrica no se ve afectado por la variabilidad del INR como ocurre con los antagonistas de vitamina K (acenocumarol o warfarina). Todo ello mejora la calidad de vida del paciente y reduce los posibles acontecimientos adversos derivados de la instauración de un tratamiento inadecuado.

Todos aquellos pacientes sometidos a cardioversión eléctrica en el hospital han sido valorados nuevamente en la consulta en 1-2 meses desde el procedimiento, lo que ha permitido la detección precoz de recidivas. La pronta valoración post-cardioversión es un punto clave para optimizar la estrategia de tratamiento y reconsiderar o no un nuevo intento de cardioversión eléctrica/farmacológica antes de que la remodelación auricular que se produce con el paso del tiempo interfiera negativamente en la restitución del ritmo sinusal. En los casos de cardioversión eléctrica efectiva, se ha vuelto a valorar al paciente en 6 meses para comprobar permanencia o no en ritmo sinusal y valorar de esta manera el seguimiento posterior del paciente por Atención Primaria o Especializada en función de la existencia o no de cardiopatía estructural significativa.

En cuanto a los aspectos que quedan pendientes, hay que mencionar la necesidad de una camilla hidráulica en la consulta para facilitar la realización del ecocardiograma en aquellos pacientes con dificultades para la movilización. La no disponibilidad de este tipo de camilla ha impedido hacer el estudio ecocardiográfico en la primera consulta en 3 de los 200 pacientes valorados hasta ahora. En esos casos se ha realizado el ecocardiograma en el hospital y se ha valorado su resultado de forma muy preferente. Este incidente ya ha sido contemplado, habiéndose solicitado la incorporación de una camilla hidráulica en la consulta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1297

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA AMBULATORIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO DOCUMENTADO DE FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1297 ===== ***

Nº de registro: 1297

Título
PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA AMBULATORIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO DOCUMENTADO DE FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

Autores:
ARAGUAS BIESCAS ASUNCION, ALIAGA RIVAS O'NEILL VERONICA, ALIACAR MUÑOZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en nuestro entorno. En España la prevalencia en la población de más de 40 años es del 4.4%, cifras que aumenta con la edad, llegando a superar el 17% en los pacientes de más de 80 años. A pesar de los progresos en el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular, esta arritmia continúa siendo una de las más importantes causas de accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, muerte súbita y morbilidad cardiovascular en todo el mundo. Además, se prevé que la población con FA crezca significativamente en los próximos años. En respuesta a la esta creciente demanda de cuidados efectivos para los pacientes con FA, en los últimos años se han producido avances considerables, que permiten un abordaje diagnóstico-terapéutico más efectivo de esta patología. En todo este proceso la primera valoración médica cobra una especial relevancia con vistas a definir la pauta de tratamiento más idónea para cada paciente. En el caso de que se opte por una estrategia de control del ritmo cardiaco mediante cardioversión eléctrica, es muy importante el tiempo de evolución de la arritmia, de manera que la probabilidad de reversión a ritmo sinusal es mayor cuanto menor tiempo ha transcurrido desde el inicio de la fibrilación auricular. De ahí, que una pronta valoración cardiológica favorece el éxito de la cardioversión eléctrica. Por otra parte, el seguimiento estrecho en la consulta, con una valoración al mes y a los 6 meses de dicho procedimiento, permite la detección y tratamiento precoz de posibles recidivas de la arritmia.

RESULTADOS ESPERADOS
-Iniciar una consulta monográfica de fibrilación auricular, donde se valorará el primer episodio documentado de fibrilación auricular mediante la elaboración de la historia clínica, exploración física y realización de electrocardiograma. Además, se completará el estudio con la realización de un ecocardiograma a todos aquellos pacientes que no dispongan de un estudio ecocardiográfico en el último año, con el fin de valorar cardiopatía estructural subyacente. En función de los datos obtenidos en dicha valoración, se definirá la línea de actuación terapéutica más adecuada para cada paciente.
-En el caso de que se crea conveniente una estrategia de control del ritmo cardiaco mediante la realización de cardioversión eléctrica (CVE) programada en el hospital Royo Villanova, se procederá a un seguimiento del paciente al mes de dicho procedimiento para valorar la permanencia o no en ritmo sinusal y ajustar el tratamiento. Si la cardioversión eléctrica ha sido efectiva y el paciente se mantiene en ritmo sinusal, se programará otra consulta a los 6 meses de la CVE. Si no se detecta recidiva de la arritmia, se valorará el seguimiento posterior en la consulta de Atención Primaria en el caso de que no exista una patología cardiaca concomitante que requiera control específico en la consulta de Cardiología.

MÉTODO
Con la finalidad de optimizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con un primer episodio documentado de fibrilación auricular, se ha habilitado una consulta semanal en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián. En dicha consulta se dispone de un ecógrafo que permite la realización de un ecocardiograma en la primera valoración médica del paciente, con el fin de evaluar la existencia de cardiopatía estructural subyacente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1297

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA AMBULATORIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PRIMER EPISODIO DOCUMENTADO DE FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

INDICADORES

En la primera consulta se valorarán los siguientes puntos:

*Escala CHA2DS2VASc para la predicción del riesgo de accidente cerebrovascular en los pacientes con FA.

*Escala HAS-BLED para valorar el riesgo de sangrado en los pacientes con FA.

*Tamaño de la aurícula izquierda en el ecocardiograma.

*Tasa de filtrado glomerular para ajuste de la dosis de anticoagulante oral no antagonista de la vitamina K.

*Elección de estrategia de control de ritmo cardiaco o de frecuencia cardiaca tras documentar el primer episodio de la fibrilación auricular.

-Se evaluará el porcentaje de pacientes en los que conste la valoración de los puntos previos respecto del total de pacientes visitados en la primera consulta de FA, pretendiendo que ese porcentaje sea = 95%

DURACIÓN

Inicio inmediato, ya que se dispone de una consulta habilitada con ecógrafo en el centro médico de especialidades Grande Covián, así como de personal médico y de enfermería para poder llevar a cabo la valoración del paciente derivado por primer episodio documentado de fibrilación auricular.

OBSERVACIONES

En función del volumen de pacientes candidatos a esta consulta, se valorará la ampliación del número de consultas semanales destinadas a la valoración del primer episodio de fibrilación auricular

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1470

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE PABLO ESTEBAN AUQUILLA CLAVIJO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAITA MONREAL SANTIAGO
FITENI MERA ISABEL
ALIACAR MUÑOZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- La insuficiencia cardíaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad e involucra a todos los niveles del sistema asistencial. En los últimos años se han puesto en marcha las unidades multidisciplinares y consultas específicas de IC que han conseguido demostrar reducciones en los reingresos hospitalarios, en la mortalidad y por ende un menor coste sanitario. En nuestro servicio se ha creado una consulta específica de IC que funciona desde febrero de 2019 hasta la fecha.

-El objetivo de este proyecto de mejora es dar a conocer la existencia de la consulta específica de IC a todos los niveles asistenciales de nuestro sector y protocolizar las pautas de derivación de los pacientes a la misma.

-En la consulta de IC realizamos un seguimiento estrecho de los pacientes con IC que así lo ameritan por su situación basal, así mismo se realiza educación de los pacientes y familiares en el autocuidado de la enfermedad y se intenta optimizar al máximo el tratamiento médico con la titulación a dosis plenas de los fármacos modificadores de la enfermedad. También se pauta tratamiento intravenoso periódico en el hospital de día (ubicado en la planta 3º del hospital) a los pacientes que así lo requieran. En los casos seleccionados que se precisen terapias avanzadas con dispositivos, se decide su indicación conjuntamente con la unidad de arritmias del servicio. En los casos que sea necesario se remiten los pacientes a la Unidad de IC y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).

-Para dar a conocer esta consulta hemos realizado una ruta asistencial con un algoritmo de derivación a los pacientes desde los distintos niveles asistenciales. Este algoritmo se ha presentado en el grupo de mejora de la calidad en la IC que está conformado por profesionales del servicio de Urgencias, Medicina interna y Cardiología.

-En la actualidad la derivación se realiza siguiendo el protocolo de derivación de la siguiente manera:

Atención primaria: El médico de AP solicita valoración del paciente con sospecha de IC a través de la interconsulta virtual; el facultativo de Cardiología que responde la interconsulta cita al paciente en consulta de IC si cumple los criterios establecidos. Puede solicitar que se realicen pruebas complementarias previas a la citación si es necesario (ECG, ecocardiograma, analítica con determinación de péptidos natriuréticos).

Servicio de urgencias: Pacientes con diagnóstico de IC que ingresan en urgencias. Tras la valoración por un cardiólogo del servicio si el paciente cumple los criterios de derivación se solicita la citación preferente en consulta de IC para evitar el ingreso hospitalario.

Atención especializada: Si un paciente con diagnóstico de IC va a ser dado de alta y el facultativo considera que se beneficiaría de seguimiento en consulta de IC se cita al paciente en esta consulta en el tiempo que se estima adecuado según cada caso. Para los pacientes ingresados en servicios distintos a Cardiología se realiza una interconsulta para la valoración previa por un facultativo de nuestro servicio que indica la derivación si así procede.

-Las citaciones se realizan a través de la secretaria del servicio de Cardiología. Las solicitudes de citación en esta consulta siempre son valoradas previamente por un facultativo de Cardiología quien según el perfil de cada paciente decide si el seguimiento es necesario. El tiempo de seguimiento de cada paciente en la consulta depende de su situación clínica y su patología de base. Los pacientes que no precisan un seguimiento estrecho, o no son subsidiarios de medidas avanzadas tras una valoración inicial, son remitidos a consulta de Cardiología general, Medicina interna o atención primaria según cada caso.

-Las actividades se han realizado dentro del tiempo establecido pues el número de pacientes seguidos en esta consulta es cada vez mayor. Los recursos empleados han sido los ya existentes: facultativo de Cardiología 2-3 días por semana, personal de enfermería de pruebas funcionales y de hospital de día, consultas de cardiología del hospital ya existentes (compartida con consulta de dolor torácico y consulta de arritmias), hospital de día del paciente crónico complejo.

-Los materiales elaborados son: el protocolo de derivación de pacientes a la consulta de IC presentado en el grupo de mejora en la calidad de IC del hospital. Material educativo y de registro para los pacientes (se les entrega un cuadernillo donde pueden registrar tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso obtenidos en su domicilio).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Los indicadores que hemos valorado son: el número de pacientes valorados en la consulta de IC, las derivaciones de nuevos pacientes a la consulta, los pacientes referidos a las unidades de referencia del Hospital Miguel Servet, los reingresos por IC de los pacientes valorados en la consulta y los pacientes dados de alta.

-Desde el 01 de febrero de 2019 hasta la fecha se han seguido un total de 212 pacientes en la consulta de IC. De estos un 30% (63) han sido derivaciones nuevas, estas se han realizado tras altas de hospitalización, desde consultas externas de Cardiología, desde otros servicios o desde Atención primaria a través de interconsulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1470

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

electrónica. El resto de pacientes (148) ya se seguían previamente desde antes de febrero de 2019 pero en una consulta atendida por otros facultativos.

-El seguimiento unificado de estos pacientes en una consulta específica ha permitido una comunicación fácil y fluida con nuestras unidades de referencias del servicio de Cardiología del Hospital Miguel Servet. Desde febrero de 2019 se han realizado las siguientes derivaciones: se han derivado 12 pacientes para implante de dispositivos avanzados en IC (implante de desfibriladores y terapias de resincronización cardiaca), 2 pacientes para implante de prótesis aórtica percutánea, 2 pacientes para implante de dispositivo Mitraclip y 3 pacientes para seguimiento en la unidad de IC avanzada y trasplante cardiaco.

-Aunque datos son variables porque los pacientes pueden entrar o salir de estos protocolos según su situación clínica, en la actualidad tenemos a 12 pacientes que siguen protocolos periódicos de tratamiento en el hospital de día.

-El seguimiento estrecho de los pacientes en esta consulta nos ha permitido obtener una baja tasa de reingresos por IC, teniendo en cuenta los pacientes vistos en una primera consulta a partir de febrero de 2019 solo 15 pacientes de esta consulta han tenido necesidad de al menos un ingreso hospitalario por IC, suponiendo esto aproximadamente un 7 % del total de pacientes vistos en la consulta. Los pacientes con seguimiento en consulta de IC tienen una menor estancia hospitalaria dada la posibilidad de seguimiento precoz y estrecho en la consulta y en hospital de día.

Estos son datos obtenidos al consultar la historia clínica electrónica en el seguimiento de los pacientes en las consultas sucesivas.

-Los pacientes con buena situación clínica tras un seguimiento en consulta de al menos 6 meses y que cumplan criterios de alta de la consulta de IC se derivan a distintas consultas según el perfil de cada paciente (cardiología general, medicina interna, atención primaria). Desde febrero de 2019 se han dado de alta 25 pacientes.

-El impacto de este proyecto ha sido totalmente positivo, pues nos ha permitido derivar de forma rápida, directa y precoz a los pacientes con IC que precisan seguimiento en una consulta específica. Esto mejora la calidad de vida de estos pacientes, evita las descompensaciones y por lo tanto disminuye la morbilidad y reduce los ingresos hospitalarios que podrían generar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Creemos que el proyecto es muy positivo para nuestro sector. El protocolo de derivación a la consulta de IC ha permitido atender cada vez a más pacientes con esta patología y poder proporcionarles así un manejo óptimo; esto permite sin ninguna duda disminuir su mortalidad y morbilidad así como los altos costes que suponen los reingresos por esta causa. Es también un importante vínculo de comunicación fluida con nuestra unidad de IC avanzada de referencia en el HUMS, lo que permite optimizar y canalizar el manejo integral de estos pacientes. Como asunto pendiente nos queda realizar reuniones periódicas con los distintos especialistas implicados en el proceso de la IC, para así dar a conocer el protocolo de derivación del que pueden disponer para sus pacientes y acoger todas las sugerencias hacia el mismo que nos puedan aportar.

7. OBSERVACIONES.

Ninguna

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1470 ===== ***

Nº de registro: 1470

Título
PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores:
AUQUILLA CLAVIJO PABLO ESTEBAN, LAITA MONREAL SANTIAGO, ALIACAR MUÑOZ MARTA, FITENI MERA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Insuficiencia cardiaca
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad e involucra a todos los niveles del sistema asistencial, en los últimos años se han puesto en marcha las unidades multidisciplinares de IC que han conseguido demostrar reducciones en los reingresos hospitalarios, en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1470

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

mortalidad y por ende un menor coste sanitario. Como resultado de esto las guías actuales de manejo de IC recomiendan su puesta en marcha con un nivel de evidencia IA. En nuestro Hospital de momento no se dispone de una unidad multidisciplinaria de IC estructurada, sin embargo como un primer escalón en la formación de esta unidad, en el servicio de Cardiología hemos iniciado una consulta específica de IC tres días a la semana. Creemos que es necesario dar a conocer la existencia de esta consulta específica de IC a todos los niveles asistenciales del sector I y protocolizar las pautas de derivación de los pacientes a la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto de mejora en la calidad tiene el objetivo de dar a conocer y protocolizar las pautas de derivación de los pacientes a la consulta específica de IC desde los distintos niveles asistenciales.

MÉTODO

La consulta de IC está dirigida a la valoración de pacientes con diagnóstico de IC tanto con fracción de eyección de ventrículo izquierdo reducida (FEVI) como preservada.

En la consulta de IC se realiza un seguimiento estrecho de los pacientes con IC que así lo ameritan por su situación basal, así mismo se realiza educación de los pacientes y familiares en el autocuidado de la enfermedad y se intenta optimizar al máximo el tratamiento médico con la titulación a dosis plenas de los fármacos modificadores de la enfermedad. También se pauta tratamiento intravenoso periódico en el hospital de día a los pacientes que así lo requieran. En los casos seleccionados que se precisen terapias avanzadas con dispositivos, se decide su indicación conjuntamente con la unidad de arritmias del servicio. En los casos que sea necesario se remiten los pacientes a la Unidad de IC y trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la consulta de IC se realizará inicialmente una evaluación integral y presencial de cada paciente referido. Puesto que por el volumen de pacientes con esta patología no sería posible seguir a todos, según las características individuales y necesidades de cada uno se continuará el seguimiento en la consulta de IC o tras la valoración se derivará con recomendaciones específicas a la consulta pertinente. Siempre que sea necesario el paciente puede ser referido para una nueva valoración en la consulta de IC.

La forma de derivar los pacientes sería la siguiente según cada nivel asistencial:

- Atención primaria: A través de la interconsulta virtual, en caso de que el paciente sea subsidiario de valoración en consulta de IC, con un ecocardiograma al menos en los últimos dos años, el facultativo de Cardiología que contesta la interconsulta remitirá el paciente a la consulta.
- Servicio de urgencias: En caso de que un paciente con diagnóstico de IC sea dado de alta de urgencias, y tenga ya realizado un ecocardiograma en los últimos 2 años, se puede solicitar la citación pertinente en el informe de alta de urgencias.
- Atención especializada: Si un paciente con diagnóstico de IC va a ser dado de alta y el facultativo considera que se beneficiaría de una valoración en consulta de IC, realizará una interconsulta solicitando la citación previo al alta. Se realizará de la misma manera si el paciente ha sido valorado de forma ambulatoria.

Las solicitudes de citación en esta consulta serán valoradas previamente por un facultativo de Cardiología, quien según el perfil de cada paciente decidirá si el seguimiento es necesario. Como hemos dicho antes, el tiempo de seguimiento de cada paciente en la consulta dependerá de su situación clínica y su patología de base. Los pacientes que no precisen un seguimiento estrecho, o no sean subsidiarios de medidas avanzadas tras una valoración inicial, serán remitidos a consulta de Cardiología, Medicina interna o atención primaria según cada caso.

INDICADORES

- Número total de pacientes valorados en consulta en 1 año
- Número total de ingresos y reingresos por IC de los pacientes valorados esta consulta
- Estancia media durante los ingresos por IC de los pacientes seguidos en la consulta de IC.
- Comparar los reingresos y la estancia hospitalaria de los pacientes con valoración en consulta de IC contra los que no han sido valorados en esta consulta.
- Número de pacientes seguidos en la consulta de IC que han requerido implante de dispositivos avanzados en IC.
- Numero de pacientes que han sido referidos a la unidad de IC avanzada del Hospital Universitario Miguel Servet.

DURACIÓN

Se iniciará desde el 2 mayo de 2019 y se valorarán los resultados en 1 año.

OBSERVACIONES

El proyecto inicial ya fue enviado el 15/04/19, con número 1433.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1470

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0683

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 forzosa 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 - 2018/0657

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE CARLOS YANEZ BENITEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA EGEA JORGE
BORLAN ANSON SOFIA
FERRER SOTELO ROCIO
ESCARTIN VALDERRAMA JORGE
CROS MONTALBAN BEATRIZ
PALACIOS GALOS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el tercer trimestre del 2018 y como estaba propuesto en el proyecto se realizaron reuniones entre los integrantes del equipo de trabajo para consensuar los criterios de inclusión y aspectos asistenciales del protocolo. Posteriormente se procedió a su elaboración y revisión por los integrantes del equipo de trabajo. La siguiente fase fue comunicar el protocolo al servicio de enfermería del servicio de cirugía general del HRV para aclarar dudas y explicar su forma de implementación. Se elaboró una hoja de seguimiento y un impreso de este, así como una hoja de seguimiento de los pacientes incluidos en el protocolo. A partir del cuarto trimestre del 2018 se inició la inclusión de pacientes que reunían las condiciones mencionadas en el protocolo. Se procedió a recolección de datos y elaboración de un registro de aquellos pacientes incluidos en el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha hay 12 pacientes estudiados 7 pertenecientes al trimestre previo a la implementación del protocolo y 5 en el primer trimestre de implementación. Se evidencia una reducción en la media de días de hospitalización (8,2 para pacientes sin contraste oral vs. 7,2) lo que significa 1 día menos de ingreso. También es de resaltar que previo al inicio del protocolo se operaron 5 de 7 pacientes y en el segundo grupo, de los 5 pacientes incluidos, ninguno a precisado intervención quirúrgica. Aunque la muestra es pequeña y la implementación del protocolo sigue vigente en el servicio, la valoración de estos resultados preliminares refleja una valoración favorable. Existe una reducción importante de las laparotomías necesarias resolver los cuadros de oclusión intestinal de intestino delgado, no complicada en la población estudiada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los resultados alcanzados en este primer análisis de la población del proyecto se interpreta que la implementación del protocolo de uso de contraste hidrosoluble en las oclusiones intestinales de intestino delgado no complicadas es favorable. Los resultados reflejan una reducción de 1 día de hospitalización para estos pacientes, acelerando la recuperación y lo que resulta aún más interesante la reducción en el número de laparotomías realizadas. Esto se traduce en una mejor calidad de atención al paciente y en una reducción de costes para el hospital. Debido a que el proyecto no incrementa los costes y a sido acogido de forma favorable por los pacientes y por el personal (médicos FEA del servicio de cirugía / enfermería/ radiodiagnóstico) lo consideramos sostenible y reproducible en otros servicios de cirugía.

7. OBSERVACIONES.

El protocolo planteado en el proyecto se mantiene vigente en el servicio y se mantiene de forma continuada la vigilancia de su correcta aplicación, el registro de los pacientes incluidos y la valoración definitiva de los resultados al completarse el plazo establecido de forma inicial para el proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/657 ===== ***

Nº de registro: 0657

Título
IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
YANEZ BENITEZ CARLOS, FERNANDO TREBOLLE JOSE, GARCIA EGEA JORGE, BORLAN ANSON SOFIA, CROS MONTALBAN BEATRIZ, VALERO SABATER MONICA, PALACIOS GASOS PILAR, BLAS LAINA JUAN LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0657

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oclusión intestinal de intestino delgado por adherencias es la primera causa de oclusión intestinal y una causa frecuente de ingreso en los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo. La oclusión intestinal secundaria a adherencias postoperatorias puede ocurrir desde horas o años posterior a una cirugía abdominal y representa el 70% de los cuadros de oclusión. El retraso en el tratamiento quirúrgico puede ocasionar un aumento de mortalidad y morbilidad en este grupo de pacientes. El tratamiento cuando no existen signos de peritonitis o estrangulación intestinal consiste en mantener en dieta absoluta con descompresión intestinal mediante sonda nasogástrica. Esto implica que el paciente permanece hospitalizado una media de 2 a 3 días en dieta absoluta. A partir del documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (World Society of Emergency Surgery / WSES) se han aprobado las guías de práctica clínica o consenso de Bolonia del 2013. En dicho documento se establecen medidas y recomendaciones para el tratamiento de este tipo de pacientes. Especial interés para nosotros es la utilización de contrastes hidrosolubles (Gastrografin) para identificar de forma precoz aquellos pacientes susceptibles a ser tratados de forma no operatoria, identificar de forma temprana aquellos que necesitarán cirugía y favorecer en algunos casos la resolución espontánea del proceso obstructivo.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantar en el servicio de Cirugía General de Hospital Royo Villanova las recomendaciones y sugerencias recogidas en el documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (WSES) para la oclusión de intestino delgado secundaria a brida o adherencias. Adaptar estas conductas a nuestro centro hospitalario con la intención de disminuir la estancia hospitalaria de los pacientes que ingresen con oclusión intestinal. Protocolizar la conducta diagnóstica y terapéutica del Servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova ante los pacientes con episodios aislados o recurrentes de oclusión de intestino delgado.

MÉTODO

Las actividades previstas para desarrollar los objetivos será crear un grupo de trabajo en el Servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova, que tendrá las funciones de revisar la documentación clínica actualizada y elaborar un protocolo de tratamiento para los pacientes con oclusión de intestino delgado. En él se contemplarán los criterios del documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias. La divulgación de dicho protocolo de trabajo se realizará entre los miembros del servicio mediante reuniones de trabajo en donde se adaptarán los criterios a nuestro centro y se incorporarán recomendaciones o modificaciones según las experiencias de los distintos miembros del servicio.

INDICADORES

Para la evaluación de la actividad se cuantificará mediante la elaboración de una base de datos de los pacientes que ingresen en el servicio de Cirugía General con diagnóstico de oclusión intestinal de intestino delgado. Se evaluará la media de estancia y las variables recogidas en la base de datos antes y después a la instauración del protocolo de trabajo según las recomendaciones del documento de consenso de la WJES. Los indicadores específicos que valorar serán:
Días de estancia / % de pacientes a los cuales se le apliquen las pautas establecidas / % de pacientes con resolución no quirúrgica / % de pacientes intervenidos

DURACIÓN

La duración del proyecto será para iniciar durante el tercer trimestre del 2018 y continuarse hasta el tercer trimestre del 2019. Se plantea un periodo de tres meses para la elaboración del protocolo de trabajo durante el cual se hará una reunión de los integrantes del proyecto para la aprobación del protocolo. Posteriormente se iniciará un periodo de 3 meses de divulgación e instauración en el servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova. A partir de haber transcurrido los primeros tres meses de la instauración del protocolo se hará una reunión de seguimiento donde se evaluarán los resultados y se identificarán posibles problemas en su implementación y posibles mejoras.

OBSERVACIONES

Para la elaboración de este proyecto se ha contado con la colaboración de la jefatura y de facultativos del servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0657

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0795

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO -ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE LUCIA PUISAC URIOL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPILLO MARTINEZ JAVIER
CROS MONTALBAN BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La unidad de estomaterapia del Hospital Royo Villanova se puso en marcha el 2 de noviembre de 2017 con el objetivo principal de proporcionar una atención integral al paciente ostomizado y mejorar su calidad de vida gracias a un seguimiento más exhaustivo por parte de los profesionales sanitarios.

A continuación se presenta la memoria sobre los datos que corresponden al periodo del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018. Las actividades realizadas dentro de la consulta están distribuidas en un horario de citaciones de 5 días a la semana. La responsable de la Unidad gestiona las citas a través del HIS del hospital.

La franja de 8.30 a 9:30 está dedicada a la atención prequirúrgica con educación sanitaria y marcaje de la zona ideal para la localización del estoma. Para ello se disponen de los diferentes dispositivos y guías fotográficas. En la franja de "seguimiento y cuidados" se ha realizado una atención integral de los pacientes nuevos y antiguos abarcando aspectos físicos y psicosociales. Se realiza la valoración del estoma, detección de complicaciones y educación sanitaria sobre consejos de higiene, alimentación, actividad física, apoyo psicológico, reingreso a la actividad laboral y social, educación sexológica... Todo queda registrado en un formato de la base de datos de la Unidad de Ostomías. Para la educación nos apoyamos en los folletos informativos de las diferentes casas comerciales y en la guía elaborada dentro del servicio para pacientes ileostomizados y la especial vigilancia en las ileostomías de alto débito.

Si dentro de la valoración se detectan problemas que deban ser supervisados por otros especialistas, los pacientes han sido vistos en el horario establecido los miércoles como consulta rápida.

La responsable de la Unidad de Ostomías en coordinación con el personal de planta del servicio de Cirugía y de Urología han realizado la educación a paciente y familia durante la estancia hospitalaria hasta el alta.

Los miércoles por la tarde y de forma programada, se han citado a los pacientes que con indicación de irrigación intestinal, han aceptado acudir a la formación durante las semanas necesarias para el aprendizaje y autonomía del paciente en su realización. Para ello se elaboró una guía sobre el procedimiento que se entrega a cada uno de los pacientes y que les sirve de apoyo en su domicilio.

La Unidad de ostomías tiene asignada una extensión telefónica y un correo electrónico donde los pacientes llaman para resolución de dudas, cambios de horarios u otro tipo de demandas que no precisen su presencia o que por motivos de movilidad, edad... no sean convenientes.

Durante el periodo que se evalúa, por parte de la responsable de la Unidad se ha difundido entre el personal del hospital la creación de la Unidad. Se ha comunicado la extensión de contacto para que en cualquier momento la responsable de la Unidad se desplace a la consulta correspondiente y se ha elaborado un power-point como apoyo en la charla de sesión clínica del hospital. También se ha mantenido contacto con la enfermera de enlace del Hospital Provincial en aquellos casos que se ha solicitado. Se ha impartido una charla en el encuentro de SADAR de neumología

Del mismo modo, se enviaron todos los datos de contacto a las diferentes coordinaciones de los centros de Atención Primaria adscritos al hospital Royo Villanova.

En algunas ocasiones se ha trabajado conjuntamente con atención domiciliaria con pacientes ostomizados dados de alta del servicio de cirugía.

También se han realizado consultas junto a cirugía como consecuencia de interconsultas virtuales.

Se ha elaborado una encuesta de satisfacción del paciente sobre la consulta de ostomías del hospital Royo Villanova.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La estadística parte de la base de datos informatizada de la Unidad y la agenda de citaciones HIS.

En relación a los objetivos que se plantearon, los indicadores a evaluar en este periodo y su correspondiente valoración son:

-Número total de pacientes vistos en un año-----151.

Este dato se refiere al número total de pacientes vistos en la consulta a los que se les ha abierto historia. Engloba tanto a los pacientes nuevos a los que se les ha realizado la ostomía en el periodo a evaluar, como aquellos pacientes que estaban operados previamente que ya tenían cita de la consulta 24 de cirugía. También durante los primeros meses, partiendo de una base de datos de pacientes portadores de ostomía, se llamó por teléfono personalmente para hacerles conocedores de la existencia de la consulta y la disponibilidad del personal para atenderlos si lo creían necesario.

-Número de primeras visitas/Número total de pacientes vistos en un año(%)

39/151 25'82%

Este dato hace referencia a los pacientes que de forma programada se les informa en la consulta de cirugía que van a ser intervenidos y portadores de una ostomía.

-Número de revisiones /Número total de pacientes vistos en un año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0795

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO -ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

El número de revisiones en un año han sido 1035 y los pacientes que durante ese año, tanto las primeras visitas que continuaron siendo vistas como como las de seguimiento, son 151. Por lo tanto la proporción entre estos datos tiene como resultado 6.85.

Este dato corresponde a todas las visitas realizadas a los 151 pacientes en el apartado de "seguimiento y cuidados". Hay pacientes que por llevar la ostomía hace tiempo sólo han acudido una vez para ser valorados y no demandan un seguimiento habitual. Y hay otros pacientes a los que se les realiza un seguimiento más o menos exhaustivo en función de las necesidades que van surgiendo.

-Número de consultas rápidas /Número total de pacientes vistos en 1 año(%)

47/151 31'12%

Se ha registrado un listado de datos en formato excell en el cual se especifican en cada paciente la patología y motivos de la consulta. Estos abarcan desde sangrado mucoso del estoma, prolapso del mismo, dermatitis periestomal y alteraciones en el ritmo deposicional hasta desprendimiento de la unión mucocutánea y hernia paraestomal. En la gran mayoría la evolución ha sido favorable con tratamiento médico conservador decidiendo en alguno de los casos tratamiento quirúrgico programado con inclusión inmediata en LEQ. En todos los casos a parte de la responsable de la unidad, ha sido valorado por un cirujano. De esta manera, se han evitado visitas a urgencias y duplicado de citas en la consulta de cirugía y a su vez se han determinado las revisiones con una periodicidad determinada dependiendo de las necesidades de cada paciente.

-Número de complicaciones relacionadas con la ostomía /número total de pacientes vistos en un año (%).

Dermatitis 45/151 29'8%

Hernia paraestomal 17/151 11'3%

Dehiscencia de sutura 16/151 10'6%

Hundimiento de estoma 6/151 4%

Prolapso de estoma 8/151 5.3%

Granulomas 11/151 11%

Hemorragia 1/151 0'7%

Necrosis 4/151 2.6%

Otras 25/151 25%

En este apartado quedan recogidas las principales complicaciones y su distribución, pudiendo coincidir varias de ellas en un mismo paciente. La última sección hace referencia a aquellas complicaciones como celulitis periestomal, alteración del ritmo intestinal, espasmos dolorosos en región anal con la expulsión de moco, heridas o úlceras en piel periestomal, alergias al dispositivo.....

-Número y tipos de ostomía (colostomía, ileostomía, urostomía) /Número total de pacientes vistos en un año(%).

Colostomías 76/151 50'3%

Ileostomías 38/151 25'2%

Urostomías 34/151 22'5%

En este apartado se aporta la distribución por localización del estoma. En la Unidad también registramos la distribución por sexo edad y temporalidad del estoma.

-Número de irrigaciones/número total de pacientes con indicación de irrigación intestinal vistos en un año(%)

5/8 62'5

En este apartado el denominador hace referencia a las personas ostomizadas con indicación de irrigación a las que se les ha informado. No se han incluido a aquellos pacientes que portadores de un estoma ya eran conocedores de la irrigación por otras vías de información. Algunos lo habían intentado, pero la mayoría no habían accedido. El numerador son aquellas que han venido a la consulta programada los miércoles por la tarde y han realizado el procedimiento.

Queda pendiente por desarrollar los talleres, estableciendo días y horarios, temática, sesiones conjuntas con cirujanos y urólogos, sesiones con pacientes expertos.... Para ello se ha acudido al Hospital Clínico Universitario para intercambiar experiencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los pacientes programados han sido vistos en la consulta en el preoperatorio donde se ha hecho un pequeño recordatorio de la intervención y de lo que supone llevar una ostomía. Se realiza el marcaje de la localización ideal del estoma y ya se comienzan a tratar otros temas que abarcan el ámbito psicosocial dando pie a que el paciente pregunte todas sus dudas. Falta mejorar la coordinación con la consulta de cirugía para que en el mismo momento que son informados los pacientes se pongan en contacto con nosotros. De todos modos, si no han sido recogidos como primeras visitas, quedan registrados en el horario de seguimiento dedicándole el tiempo necesario. También todos los pacientes, programados y urgentes, han sido vistos por la responsable de la Unidad durante su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0795

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO -ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

estancia hospitalaria y en colaboración con el personal de la planta. Queda pendiente revisar el formato de registro para que haya unificación de recogida de información entre la planta hospitalaria y la persona al frente de la Unidad de ostomías. También sería valorable el protocolizar la forma de comunicación entre otras plantas de hospitalización (diferentes de Cirugía y Urología) para comunicar a la Unidad que hay un paciente ostomizado ingresado.

Para el próximo año se podrían establecer unas revisiones sistemáticas en función de las características del estoma del paciente y de la patología para controlar y registrar las diferentes citas de revisión. Dentro de la consulta rápida con atención conjunta de cirujano y responsable de la unidad se ha proporcionado la posibilidad de resolver las cuestiones/inquietudes de los pacientes aportando las recomendaciones e instrucciones pertinentes a la vez que mejorando su calidad de vida. Se han visto pacientes con otras especialidades como urología y dermatología. A pesar de tener un día asignado, los pacientes que así lo han precisado han sido vistos por los facultativos en cualquiera de los momentos que se les ha pedido dando una atención inmediata. Queda pendiente por desarrollar los talleres, estableciendo días y horarios, temática, sesiones conjuntas con cirujanos y urólogos, sesiones con pacientes expertos... que abre un abanico de posibilidades para los pacientes para que intercambien experiencias y refuercen conocimientos. Para ello se ha acudido al Hospital Clínico Universitario para intercambiar experiencias. También durante el próximo año se va a implantar la encuesta de satisfacción del paciente para valorar su opinión sobre la consulta de ostomías.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/795 ===== ***

Nº de registro: 0795

Título
VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO-ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

Autores:
PUISAC URIOL LUCIA, CAMPILLO MARTINEZ JAVIER, CROS MONTALBAN BEATRIZ

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el 2 de noviembre de 2017 se ha instaurado en el hospital Royo Villanova una Unidad de Estomaterapia con alcance a los pacientes que van a ser ostomizados o ya son portadores de ostomías, procedentes de los servicios de Cirugía General y Digestivo, Urología del hospital Royo Villanova, así como pacientes de Atención Primaria y centros dependientes del sector I de Zaragoza. Actualmente los ajustes que se están produciendo en el sector sanitario hacen necesaria una reflexión sobre los servicios que se ofrecen dentro de los hospitales y centros médicos. Los estudios de investigación sobre calidad de vida en los pacientes ostomizados obtienen como una de las principales conclusiones la importancia de realizar un seguimiento periódico al paciente ostomizado, ya que hay una relación directa entre la mejora de la calidad de vida y la realización de un seguimiento periódico por un profesional experto. Esto lleva a la necesidad de ofrecer al paciente una atención integral que abarque aspectos físicos, psicológicos y sociales a través de consultas y profesionales expertos dedicados al cuidado del paciente ostomizado, siempre con el objetivo principal de conseguir la mejor calidad de vida. La evidencia científica pone, por tanto, de manifiesto el valor de esta atención en ostomía y avala la importancia de mantener la personalización en la atención al paciente ostomizado promoviendo las consultas de ostomía.

Los pacientes a los que se realiza una ostomía como única alternativa para tratar su enfermedad, se enfrentan en un breve espacio de tiempo a un diagnóstico de gravedad, a una intervención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0795

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO -ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

quirúrgica con ingreso hospitalario y al inicio de su convivencia con una nueva situación física que se concibe como especialmente traumática.

Ser portador de una ostomía puede originar problemas a distintos niveles: Físico, Emocional, sociolaboral, etc.

Las principales características de la Unidad de Ostomías del hospital Royo Villanova son las siguientes:

- Autogestionada por Enfermería.
- Posibilidad de Consulta Rápida facultativa con Cirujano y/o Urólogo.
- Autogestión de citaciones con 5 días a la semana (37,5 horas semanales).
- Atención integral de pacientes ostomizados: Física, Psicológica, Social.
- Posibilidad de consulta telefónica y virtual.
- Valoración de ostomías digestivas y urológicas.
- En contacto continuo con personal de hospitalización.
- Atención prequirúrgica con educación sanitaria y realización de MARCAJE de la ostomía.
- Apoyo al personal de enfermería del hospital en los casos que sea necesario.
- Atención antes del alta hospitalaria y planificación de visitas posteriores tras alta hospitalaria.
- Educación sanitaria integral: Consejos de higiene, alimentación, actividad física, apoyo psicológico, reingreso a la actividad laboral y social, educación sexológica.
- Posibilidad de derivación a especialidades médicas en casos necesarios (Dermatología, Endocrinología, Psiquiatría, etc..)
- Realización de irrigaciones intestinales.
- Talleres de formación par a pacientes, familiares y cuidadores.
- Programas de docencia a profesionales sanitarios.
- Coordinación con atención primaria del Sector I Zaragoza en casos necesarios.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es la Valoración de la actividad de la Unidad de Ostomías atendiendo a los siguientes puntos:

- Número de primeras consultas.
- Número de revisiones.
- Número de Consulta Rápida con facultativo.
- Realización de otras actividades como consulta telefónica, virtual, talleres a pacientes y personal sanitario y realización de irrigaciones intestinales.

Esta valoración se realizará con control del flujo de pacientes atendidos con el fin de una vez valorado, poder planificar y ejecutar mejoras organizativas con el fin de dar una mejor atención posible a los pacientes ostomizados del Sector I Zaragoza.

MÉTODO

- Revisión de base de datos y registro informatizado de la Unidad.
- Revisión de número u tipo de citación informatizada por el HIS.
- Reuniones trimestrales de los componentes del proyecto.
- Revisión semestral de la casuística.

INDICADORES

Las fuentes de datos que aportarán información para los indicadores y su evaluación son la base de datos informatizada de la Unidad y la agenda de citaciones HIS.

Los indicadores a evaluar serán:

- Número total de pacientes vistos en 1 año.
- Número de primeras visitas / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de revisiones / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de Consultas Rápidas / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de complicaciones relacionadas con la ostomía / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número y tipos de ostomía (colostomía, ileostomía, Urostomía) / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de irrigaciones intestinales / Número total de pacientes con indicación de irrigación intestinal vistos en 1 año.(en %)

DURACIÓN

DEL 1 ENERO DE 2018 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0795

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO -ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1230

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN LUIS BLAS LAINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BANDRES NIVELA MARIA OROSIA

VIDAL PERACHO CONCEPCION

GRACIA GIMENO PAOLA

FERRER SOTELO ROCIO

FERNANDO TREBOLLE JOSE

BONO ARIÑO CARMEN

ACIN LAZARO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo de nutrición perioperatoria (Septiembre de 2018) (no se puede subir el documento, pero si los necesitan los podemos enviar.)

Dicho protocolo se ha difundido a los servicios implicados, entre ellos en una sesión clínica acreditada del servicio, el 18 de octubre de 2018.

En la consulta se viene realizando el test de cribado de desnutrición en pacientes oncológicos y son derivados a la consulta de endocrinología, según protocolo. Estos pacientes son vistos, la mayoría en el día, por Endocrinología para iniciar tratamiento perioperatorio. El servicio de endocrinología sigue a los pacientes en el periodo postoperatorio para control de nutrición artificial.

Se realizó protocolo de ayuno preoperatorio, se incluyó en el programa FarmaTools y se inició en octubre de 2018. De acuerdo con el servicio de Anestesia, se ha permitido ingesta de bebidas de carbohidratos hasta cuatro horas antes de la intervención. Anestesia ha realizado un registro de incidencias (no se ha registrado ninguna hasta la fecha) Por lo que, se plantea reducir el tiempo de ingesta hasta dos horas antes.

Se ha realizado un primer corte en pacientes que se han intervenido de forma programada en el Servicio de Cirugía, durante Noviembre de 2018. (Próximos cortes: Mayo y Noviembre de 2018).

No hay constancias de registro del programa de Infección Quirúrgica Zero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El protocolo realizado se ha introducido adecuadamente y es de uso cotidiano.

Se han revisado los pacientes del primer corte y de ellos se han obtenido los siguientes datos.

Se han derivado desde Cirugía a Endocrinología 24 pacientes para valoración preoperatoria (según protocolo), por presentar desnutrición o riesgo de desnutrición. En el 76% de los casos se han visto en el mismo día que se ha solicitado la consulta ambulatoria y en el 24 % de los casos restantes se ha visto en menos de 3 días (citados en la misma semana que se ha solicitado la consulta).

Se ha realizado el protocolo de ayuno preoperatorio desde su implantación a todos indicados: 28 pacientes, sin registrarse ninguna incidencia. Esto supone la aplicación en el 74% de los pacientes (En este periodo hubo un problema con el abastecimiento de los batidos)

No se han colocado yeyunostomías, ya que ha habido rotura de stock en la casa fabricante.

Se ha aplicado el protocolo de control perioperatorio de glucemia en el periodo de estudio al 84% de los pacientes diabéticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante este corto periodo hemos logrado implementar el protocolo de nutrición/control de hiperglucemia en el periodo perioperatorio, consiguiendo aplicar las recomendaciones de las guías clínicas.

El uso de estos protocolos ha redundado en una mayor calidad en el tratamiento de pacientes, que hasta ahora no tenían un manejo uniforme.

En el resto de tiempo de estudio (un año) esperamos continuar la implementación del protocolo haciéndole una herramienta de trabajo cotidiana para todo el personal implicado en estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Si necesitan protocolos, los puedo remitir a donde uds. indiquen.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1230 ===== ***

Nº de registro: 1230

Título
PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1230

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

Autores:

BLAS LAINA JUAN LUIS, BANDRES NIVELA OROSIA, VIDAL PERACHO CONCEPCION, GRACIA GIMENO PAOLA, FERRER SOTELO ROCIO, FERNANDO TREBOLLE JOSE, BONO ARIÑO CARMEN, ACIN LAZARO MARIA PILAR

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La relación entre el estado nutricional y la morbimortalidad postoperatoria es bien conocida. Hay evidencia de la asociación entre desnutrición preoperatoria y mayor número de complicaciones postoperatorias, estancias hospitalarias más prolongadas, incremento del gasto hospitalario y una mortalidad más elevada. Las complicaciones sépticas y respiratorias parecen tener una clara relación causa-efecto con el grado de desnutrición. Otros factores estrechamente relacionados con complicaciones postoperatorias son la resistencia a la insulina y la hiperglucemia. El control más óptimo de la glucemia en el periodo perioperatorio con o sin diabetes mejora el pronóstico. La disminución del ayuno preoperatorio con la administración de bebidas con carbohidratos hasta 2 h antes de la anestesia disminuye la insulinoresistencia y la deshidratación postoperatoria, preserva la masa muscular, produce una mejoría en el estado general del paciente y se asocia a una reducción en el tiempo de hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un cribado de desnutrición en el periodo perioperatorio y establecer el circuito para el soporte nutricional perioperatorio.
- Introducción y adaptación de un protocolo de ayuno preoperatorio.
- Establecer coordinación de los cuatro servicios implicados (Cirugía, Endocrinología, Anestesia y Medicina Preventiva - Infección Quirúrgica Zero -)
- Uso de yeyunostomía quirúrgica (o uso de otros dispositivos de alimentación enteral) para nutrición enteral en el paciente sometido a cirugía digestiva del compartimento supramesocólico, que se prevé un ayuno postoperatorio prolongado.
- Mejora del control glucémico en el periodo perioperatorio con la introducción del protocolo de manejo de la hiperglucemia.

MÉTODO

- Elaboración del protocolo siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas y documentos de consenso de las Sociedades Científicas.
- Difusión del protocolo a los servicios implicados.
- Valoración del estado nutricional mediante el test de cribado de desnutrición "MUST" en el momento preoperatorio. Se realizará en la consulta de Cirugía.
- Se remitirán a la consulta de Endocrinología y Nutrición los pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición en el preoperatorio.
- Aplicación del protocolo de ayuno preoperatorio en pacientes indicados.
- Registro de incidencias por parte de Anestesia.
- Registro de dispositivos de alimentación enteral insertados.
- Valoración y seguimiento por parte de la Sección de Endocrinología y Nutrición de los pacientes que el periodo postoperatorio presenten desnutrición y/o precisen nutrición enteral o parenteral.
- Evaluación del manejo de la hiperglucemia. Se realizará un corte valorando pacientes ingresados con hiperglucemia en el periodo perioperatorio al inicio y a los 6 y a los 12 meses de la implantación del protocolo, analizando los objetivos de control y las pautas de insulinización utilizadas en el periodo perioperatorio.
- Cumplimiento del proyecto Infección Quirúrgica Zero (control de glucemias), Servicio de Medicina Preventiva.

INDICADORES

- % de pacientes a los que se les ha practicado el protocolo estando indicado. (50-75%)
- Número de incidencias registradas en el periodo perioperatorio/anestesia.
- El tiempo medio de cita en primera consulta en el que ha sido evaluado en el preoperatorio por parte de la Sección de endocrinología al paciente con riesgo de desnutrición o desnutrición. (<3 días hábiles)
- Número de pacientes a los que se ha colocado yeyunostomía u otros dispositivos de alimentación enteral

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1230

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

(>50% de pacientes candidatos).

- % de pacientes con hiperglucemia en el periodo perioperatorio que solo se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (<50%).
- % de pacientes diabéticos que presentan hiperglucemia en el periodo perioperatorio y en situación de ayuno se utiliza insulina basal y pauta correctora (> 30%).
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (50-75%).

DURACIÓN

- Reunión para discutir el protocolo con los servicios implicados (Cirugía, Anestesia, Endocrinología y medicina preventiva). JUNIO 2018
- Elaboración del protocolo. JULIO 2018
- Protocolo definitivo según lo consensuado con los servicios implicados. SEPTIEMBRE 2018.
- Exposición del protocolo al personal implicado (cirujanos, anestesistas, endocrinólogos, medicina preventiva y personal de enfermería). OCTUBRE 2018
- Introducción en el Farmatools como protocolo de ayuno preoperatorio. OCTUBRE 2018
- Servicio de anestesia elabora un registro de las incidencias desde la puesta en marcha del protocolo. OCTUBRE 2018
- Resultados, evaluación de resultados. 2018-2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0070

1. TÍTULO

EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE LUIS GARCIA CALLEJA
· 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.

GARCIA GARCIA ALEJANDRO
GONZALVO GONZALEZ MARIA ELENA
CROS MONTALBAN BEATRIZ
GARCIA EGEA JORGE
BLAS LAINA JUAN LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se trata de un estudio prospectivo, observacional y descriptivo de los resultados de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en régimen de CMA, en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, durante un período de 10 meses, desde el 1/3/2019 al 31/12/2019 (se ha de considerar que durante julio y agosto se suspende la actividad quirúrgica en CMA). El objetivo del estudio comprende el análisis y valoración, de los resultados obtenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA), en lo que se refiere a los Indicadores de Calidad previamente establecidos, para de este modo, poder:

1-Detectar defectos en la calidad asistencial de la UCMA.

2-Obtener datos que permitan proponer recomendaciones para la corrección y mejora asistencial en la UCMA

3-Establecer criterios de coordinación multidisciplinar para un correcto funcionamiento de la UCMA

4-Evaluar la importancia de los Indicadores de Calidad utilizados

Los Indicadores Clínicos Básicos en CMA, reconocidos por la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) y recomendados por el Ministerio de Sanidad y Consumo:

-Tasa de Cancelaciones: recoge los pacientes programados, para intervención quirúrgica que no acuden a la Unidad el día previsto. Distinguimos entre dos supuestos: incomparecencia por motivo justificado e incomparecencia por motivo no justificado.

Fórmula: N° de pacientes programados en CMA que no acuden/ N° total pacientes programados en CMA x 100.

-Tasa de Suspensiones: Recoge los pacientes ingresados en la Unidad y no intervenidos or algún motivo. Las principales causas de suspensión son: enfermedades agudas intercurrentes, empeoramiento de enfermedades crónicas, problemas organizativos, información preoperatoria inadecuada, prolongación de intervenciones previas e inadecuada selección de pacientes.

Fórmula: N° de pacientes ingresados en la UCMA y no intervenidos/ N° total pacientes intervenidos en CMA x 100.

-Tasa de reintervenciones: reintervenciones no planificadas, en el mismo día de la cirugía.

Tasa de reintervenciones: N° de pacientes reintervenidos el mismo día de la cirugía/ N° total pacientes intervenidos en CMA x 100

-Tasa de ingresos: Indica el número de pacientes programados como CMA que no son dados de alta en el día y causan estancia hospitalaria no prevista, respecto a los que sí han sido dados de alta en el día.

Fórmula: N° de pacientes con ingreso no previsto/ N° total pacientes operados en CMA x 100

-Tasa de reingresos y de visitas no previstas a urgencias y/o centro de Salud: Estos indicadores se evalúan en dos partes: en las primeras 24 horas y después de las 24 horas hasta los 28 días posteriores a la intervención.

Fórmula reingresos: N° de pacientes con reingreso no previsto/ N° total pacientes operados en CMA x 100.

Fórmula de visitas no previstas a urgencias y/o Centro de Salud: N° de pacientes con visita no prevista/ N° total pacientes operados en CMA x 100

-El Grado de Satisfacción del paciente resulta del balance entre el nivel de asistencia esperado, frente a lo que sucede realmente, mientras que la calidad percibida es el resultado d la diferencia entre las expectativas y las percepciones. El análisis de este Indicador se realiza mediante encuestas de satisfacción específicas y validadas que ayuden a conocer los aspectos en los que se debe incidir, para mejorar.

Para la realización del estudio se diseñaron hojas de recogida de datos, específicas para cada indicador de calidad preseleccionado. Estos documentos, se distribuyeron en la Secretaría y en la Sala de Readaptación al medio de la UCMA, así como en las Consultas Externas de Cirugía, dos meses antes (enero-febrero-2019) de comenzar el registro de los datos (marzo-2019). También se elaboró una encuesta de satisfacción, que incluye 9 ítems (8 cuantitativos con puntuación de 0 a 24, y uno cualitativo si y no), previamente seleccionados, que se le entregaba al paciente junto al informe de alta de la UCMA, para que nos lo adjuntara, una vez cumplimentado, en la revisión prevista en consultas externas, al mes de la intervención. La escala para valorar el grado de satisfacción es la siguiente: de 0 a 8 puntos; nada satisfecho, de 9 a 16 puntos; poco satisfecho, de 17 a 20; satisfecho y de 21 a 24; muy satisfecho.

El registro de los datos y la realización de las encuestas de satisfacción se realizaron entre marzo y diciembre de 2019. Por último, la medición de los resultados y la elaboración de la presente memoria se completaron en el mes de enero-2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluyeron un total de 452 pacientes intervenidos quirúrgicamente en la UCMA del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, durante los 10 meses del estudio (1/3/2019 a 31/12/2019).

1. La tasa de Cancelación fue de 1,32%, algo superior a los estándares recomendados por la Australian Council

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0070

1. TÍTULO

EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

on Healthcare Standards (ACHS), que se sitúa en un 0,82%.

2. La tasa de Suspensión fue de 1,10%, cifra muy similar a la marcada por los estándares recomendados (1,2%).

3. La tasa de ingresos fue de 4,20%. Este resultado está dentro de los estándares recomendados en los últimos años (entre el 1 y 5%), aunque destacaremos que la ACHS presenta una tasa del 1,2%. Un valor bajo indica un buen funcionamiento de los protocolos de selección de pacientes, intervención quirúrgica, readaptación al medio y Alta. Este indicador es capaz de detectar problemas relacionados con la correcta selección del paciente, correcta técnica quirúrgica, complejidad del proceso y riesgo quirúrgico.

4. Tasa de reintervenciones es de 0,44%. Se trata de un indicador centinela y nos indica la calidad en la ejecución técnica de los procedimientos quirúrgicos.

5. Frecuentación de urgencias y/o Centro de Salud y Reingreso, nuestra tasa ha sido de 3,76%. El número de pacientes y las causas son las siguientes: (ningún paciente acudió en las primera 24 horas). En general, en este indicador, los estándares recomendados se sitúan alrededor del 1,2%.

Solamente se produjo un caso de reingreso no previsto diferido (>24 horas y < de 28 días de la cirugía), lo que supone una tasa de 0,22%, estando los valores recomendados por debajo del 1%.

6. Grado de satisfacción del paciente: Se rellenaron un total de 151 encuestas de los 452 pacientes (33.4%) intervenidos. El 60,92% manifiestan estar muy satisfechos, el 34.42% satisfechos. En cuanto a Ítems cabe destacar un porcentaje del 8,61% de valoración negativa en el punto "Cómo se encontró usted en casa, después de la operación". En los restos de ítems la valoración negativa es anecdótica <2%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque los resultados en general son buenos y se superponen a los criterios estándares, pensamos que, cumpliendo una serie de puntos, todavía se pueden mejorar.

Tras el estudio de los resultados se proponen una serie de medidas para mejorar las tasas.

- Un buen método para minimizar la tasa de cancelaciones sería efectuar una llamada recordatoria 24 o 48 horas antes. La constatación de algún motivo por el que el paciente no pueda acudir, nos permitirá programar otro paciente en su lugar.

- Ser más estrictos en la selección de pacientes, lo que evitaría una reevaluación por parte del equipo quirúrgico en la UCMA y posible indicación de ingreso.

- Debemos mejorar la tasa de ingresos y frecuentación a urgencias, para alcanzar un nivel de calidad óptimo. Estos resultados, obligan a extremar los criterios de selección de pacientes, la elección de la modalidad anestésica, la meticulosidad en la técnica quirúrgica y el cumplimiento de los protocolos de profilaxis antiemética y analgésica.

- Aunque el grado de satisfacción es alto, deberemos revisar los protocolos de analgesia en casa para asegurar mayor confort en las primeras horas en el domicilio.

7. OBSERVACIONES.

Este estudio abre las puertas a un nuevo futuro proyecto en el que se evalúe el resultado de las medidas implementadas para mejorar las tasas, tras su un periodo de aplicación de unos 2-3 años.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/70 ===== ***

Nº de registro: 0070

Título
EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
GARCIA CALLEJA JOSE LUIS, GARCIA GARCIA ALEJANDRO, GONZALVO GONZALEZ MARIA ELENA, CROS MONTALBAN BEATRIZ, GARCIA EGEEA JORGE, BLAS LAINA JUAN LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Piel y tejido subcutáneo. Pared abdominal.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0070

1. TÍTULO

EVALUACION DE ACTIVIDAD EN UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un modelo organizativo, de gestión y de asistencia multidisciplinar para el tratamiento eficaz de pacientes previamente seleccionados, que se ha venido implantando de manera generalizada en la mayoría de los hospitales. Sin embargo, en función de las necesidades asistenciales de cada área sanitaria y de las características estructurales de cada centro hospitalario, puede variar la oferta de servicios de las unidades de CMA (UCMA) y la eficacia de las mismas.

Nuestra unidad tiene una experiencia de más de 10 años de funcionamiento con notable impacto en el organigrama del servicio y hospital. Por ello, es fundamental valorar mediante indicadores de calidad los resultados obtenidos en la UCMA.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detectar defectos en la calidad asistencial de la UCMA.
- Obtener datos que permitan proponer recomendaciones para la corrección y mejora asistencial en la UCMA.
- Establecer criterios de coordinación multidisciplinar (anestesia, cirugía, enfermería, admisión, etc..) para un correcto funcionamiento de la UCMA.
- Evaluar la importancia de los indicadores de calidad utilizados.

MÉTODO

- Difusión del proyecto a todo el personal implicado en el cumplimiento del mismo (administrativos, enfermería y especialistas en cirugía).
- Recogida de datos en la Secretaría de Cirugía, en la Unidad de Readaptación al Medio y en consultas externas, con impresos específicos previamente diseñados.
- Realización de una encuesta específica de satisfacción al paciente, al mes de la intervención.
- Con los datos obtenidos, medición del resultado de los indicadores de calidad preseleccionados.

INDICADORES

- Tasa de cancelación: porcentaje de pacientes programados en CMA que no acuden, con o sin motivo justificado.
- Tasa de suspensión: porcentaje de pacientes ingresados en la UCMA y no intervenidos por cualquier motivo.
- Tasa de ingresos: porcentaje de pacientes programados en CMA que no son dados de alta en el día.
- Tasa de reintervención: porcentaje de pacientes reintervenidos respecto al total.
- Tasa de reingreso y de visita no prevista del paciente a la UCMA y/o al Servicio de Urgencias: este indicador se evalúa en dos partes: a) en las primeras 24 horas y b) después de las 24 horas, hasta los 28 días posteriores a la intervención.
- Grado de satisfacción: medida de la satisfacción del paciente, mediante encuesta específica de 9 ítems previamente diseñados, con la siguiente escala: de 0 a 8 puntos nada satisfecho, de 9 a 16 poco satisfecho, de 17 a 24 satisfecho, y de 25 a 28 muy satisfecho.
- Elaboración de recomendaciones tras análisis y evaluación de los indicadores para la corrección y mejora asistencial en la UCMA.

DURACIÓN

- Difusión del proyecto: enero - febrero 2019
- Registro de datos: marzo - diciembre 2019
- Realización de encuestas: marzo - diciembre 2019
- Medición de resultados: enero - febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0195

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS YANEZ BENITEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESCARTIN VALDERRAMA JORGE
BLAS LAINA JUAN LUIS
VERDEJO GRAIA MARIA PILAR
COLON SORDO ESPERANZA
TORREA GARCES VICTOR
GRAN SERON SANTIAGO
LARREA GIMENO JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades desarrolladas en el proyecto constaron de cuatro fases:

Primera fase: Realización de reuniones en conjunto entre los servicios de Servicio de Cirugía General, Supervisión del bloque quirúrgico y Servicio de informática (primer y segundo trimestre del 2019) para la elaboración de los mensajes educativos a divulgar en el proyecto.

Segunda fase: Elaboración y aprobación de los mensajes formulados (segundo trimestre del 2019), ejecutada por sanitarios del bloque quirúrgico y enfermeras. Los mensajes se clasificaron en 4 categorías (valores institucionales, medidas de prevención de infecciones y medidas universales de seguridad en el ambiente laboral / ver anexo).

Tercera fase: Fase de elaboración de la presentación con los mensajes y divulgación. En ese trimestre (segundo trimestre del 2019) los mensajes se incorporaron a una presentación de PowerPoint elaborados por el servicio de informática e incluidos en los 5 ordenadores del bloque quirúrgico, así como en dos de 5 ordenadores del Servicio de Cirugía General.

Cuarta fase: Evaluación del programa mediante una herramienta de encuesta anónima (cuarto trimestre del 2019). En el último trimestre del 2019 se realizó valoración del impacto del mismo mediante una encuesta anónima entre los empleados del bloque quirúrgico que evaluó en una escala del 1 al 10 (1 mínimo y 10 máximo) la aceptación del programa por parte de los trabajadores del bloque quirúrgico del HRV, así como la pertinencia de los mensajes divulgados.

Mensajes difundidos

Valores institucionales:

Una misión del SALUD es prestar asistencia sanitaria dentro del sistema público, centrada en el ciudadano, proporcionando a la población una atención adecuada y continuada en todos los niveles asistenciales con un claro compromiso docente e investigador.

Una misión del SALUD es alcanzar una atención sanitaria excelente, que sea un modelo de referencia en el que los ciudadanos y profesionales confíen y con el que estén muy satisfechos.

Los valores del SALUD son: Orientación al ciudadano, Equidad, Solidaridad, Eficiencia, Respeto al paciente y trato humano, Excelencia profesional e Implicación de los trabajadores.

Medidas de prevención de infecciones:

El uso de Hibiscrub® antes y después de explorar al paciente reduce el riesgo de transmisión de infecciones.

La utilización del gorro, mascarilla y gafas protectoras son medidas de protección universal durante todo acto quirúrgico.

Al preparar el campo quirúrgico debes permitir la evaporación de la clorohexidrina.

La utilización de doble guante reduce la incidencia de infección del sitio quirúrgico.

Medidas universales de seguridad en el ambiente laboral:

Marcar siempre el sitio quirúrgico en caso de bilateralidad (marcar mejor que errar).

Tomar cultivos en caso de infección del sitio quirúrgico.

Etiquetar de forma adecuada las muestras biológicas.

Comunicar incidencias, eventos adversos a falta de insumos.

El checklist es obligatorio para cualquier procedimiento quirúrgico a realizarse en quirófano.

El uso del checklist en los procedimientos quirúrgicos reduce el número de incidentes adversos y accidentes dentro del bloque quirúrgico.

Medidas universales en la información al paciente:

El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información.

Los profesionales que le atienden durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto serán responsables de informar al paciente y familiares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0195

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

La información a familiares y allegados se hará de forma clara y comprensible, sin prisas y en un entorno físico que respete la intimidad.

Recomendaciones a considerar en el proceso de informar a la familia del paciente:

- Saludar y presentarnos al inicio de la conversación.
- Dirigirnos a la familia por el nombre del paciente.
- Mantener el contacto visual.
- Demostrar interés. Empatizar.
- Afianzar la recepción del mensaje a través de la repetición y confirmación de los aspectos más importantes.
- Mostrar consideración y amabilidad.
- Utilizar un lenguaje accesible a la familia.

Recursos empleados:

No se requirieron recursos materiales adicionales a los ya disponibles en el centro hospitalario. Se requirió la colaboración y cooperación de los distintos servicios integrantes del proyecto para la elaboración y selección de los mensajes educativos, así como la colaboración del servicio de informática para la incorporación de los mensajes en los ordenadores del bloque quirúrgico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Herramienta de medición:

Para valorar el impacto y el grado de aceptación del programa se realizó una encuesta de anónima valoración, realizada durante la primera y segunda semana del mes de diciembre de 2019.

La encuesta se elaboró con cuatro elementos y empleando una escala de medición del 1 al 10:

1. Utilidad del proyecto
2. Contenido de la actividad
3. Evaluación global o grado de satisfacción
4. Observaciones y sugerencias

ENCUESTA DE PROYECTO DE CALIDAD 2019-0195

"Campaña Informática de Educación Continuada para el personal del Bloque Quirúrgico del Hospital Royo Villanova"

(Rodear con un círculo la opción deseada)

Escala de puntuación:

1 puntuación mínima (nada adecuado, nada satisfecho, ...)

10 puntuación máxima (muy adecuado, muy satisfecho, ...)

1.-UTILIDAD DEL PROYECTO:

1.1 - ¿Cómo valora usted la iniciativa de incorporar mensajes educativos en las pantallas de los ordenadores del bloque quirúrgico?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

1.2 - ¿Considera de utilidad los mensajes transmitidos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

1.3 - ¿Considera adecuada la forma de exponer los distintos contenidos (medidas de prevención de infecciones, medidas universales de seguridad, información al paciente y valores institucionales) ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Aclare cual aspecto considera de mayor utilidad? _____

2.- CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD:

2.1.- ¿Se adecuan los contenidos de valores institucionales?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

2.2.- ¿Se adecuan los contenidos de medidas de prevención de infecciones?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

2.3.- ¿Se adecuan los contenidos de medidas universales de seguridad?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

2.4.- ¿Se adecuan los contenidos de información al paciente?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Por qué? _____

3.-EVALUACION GLOBAL (GRADO SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA):

3.1.- ¿Los conocimientos adquiridos serán útiles para mi ejercicio profesional?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0195

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

3.2.- ¿Recomendaría incorporar este proyecto a otros servicios del hospital?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.3.- En general el programa me ha parecido
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.-OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

Resultados de la ejecución del proyecto y de la encuesta a trabajadores del bloque quirúrgico:

Se incorporó la presentación de PowerPoint en los 5 ordenadores de uso general del bloque quirúrgico y en 2 de los cinco ordenadores del Servicio de Cirugía General.

Una vez puesto en marcha el programa y según el cronograma de actividades se entregaron de forma aleatoria a 30 trabajadores del bloque quirúrgico (facultativos y personal de enfermería del HRV) encuestas (formato de encuesta anexo al informe) durante el mes de diciembre del 2019.

De las 30 encuestas se recibieron 22 respondidas de forma adecuada (73%).

Resultados de la encuesta

1. Utilidad del proyecto

1.1 - ¿Cómo valora usted la iniciativa de incorporar mensajes educativos en las pantallas de los ordenadores del bloque quirúrgico?
(Valoración media 8.4)

1.2 - ¿Considera de utilidad los mensajes transmitidos?
(Valoración media 7.3)

1.3 - ¿Considera adecuada la forma de exponer los distintos contenidos (medidas de prevención de infecciones, medidas universales de seguridad, información al paciente y valores institucionales) ?
(Valoración media 8.2)

Valoración Global de utilidad: 8

2. Contenido de la actividad.

2.1.- ¿Se adecuan los contenidos de valores institucionales?
(Valoración media 8.8)

2.2.- ¿Se adecuan los contenidos de medidas de prevención de infecciones? (Valoración media 8)

2.3.- ¿Se adecuan los contenidos de medidas universales de seguridad? (Valoración media 7.8)

2.4.- ¿Se adecuan los contenidos de información al paciente?
(Valoración media 7.6)

Valoración Global de Contenido: 8

3. Evaluación global (grado satisfacción con el programa)

3.1.- ¿Los conocimientos adquiridos serán útiles para mi ejercicio profesional? (Valoración media 8)

3.2.- ¿Recomendaría incorporar este proyecto a otros servicios del hospital? (Valoración media 8.5)

3.3.- En general el programa me ha parecido.
(Valoración media 8.4)

Valoración Global de Contenido: 8.3

4. Observaciones y sugerencias

1. Incorporar el programa a más ordenadores del hospital.

2. Hacer los mensajes más dinámicos.

3. Incorporar imágenes a los mensajes.

4. Aumentar el tiempo de permanencia del mensaje para optimizar la lectura completa del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto pionero desarrolló un modelo informático de programa educativo centrado en la seguridad del paciente y del trabajador del bloque quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

El modelo desarrollado a sido de bajo coste y valorado como de gran utilidad (media 8.4 / 10) por los trabajadores del bloque quirúrgico.

La valoración del programa en base a utilidad (8 sobre 10), contenido de la actividad (8 sobre 10) y grado de satisfacción (8.3 sobre 10) fue muy positivo.

7. OBSERVACIONES.

A la luz de los resultados obtenidos, pensamos que es un modelo susceptible de exportarse a otros servicios del hospital o incluso a otros hospitales del SALUD.

Para ello nos planteamos continuar para el año próximo desarrollando una segunda etapa del mismo "Campaña Informática de Educación Continuada para el personal de los Servicios Quirúrgicos del Hospital Royo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0195

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Villanova/ II Etapa".

*** ===== Resumen del proyecto 2019/195 ===== ***

Nº de registro: 0195

Título
CAMPAÑA INFORMATICA DE EDUCACION CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
YANEZ BENITEZ CARLOS, ESCARTIN VALDERRAMA JORGE, BLAS LAINA JUAN LUIS, VERDEJO GRAIA MARIA PILAR, TOLON SORDO ESPERANZA, TORREA GARCES VICTOR, GRAN SERON SANTIAGO, LARREA GIMENO JOSE LUIS

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: Patología quirúrgica
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente con la incorporación en nuestro hospital de la historia clínica electrónica y la utilización de herramientas para la indicación del tratamiento médico de forma electrónica, los ordenadores se han convertido en herramientas de trabajo indispensables. Proponemos la utilización de los ordenadores del bloque quirúrgico con la difusión de mensajes en las salvapantallas para promover campañas de seguridad y educación dirigidas al trabajador. Con ello pretendemos recordar y afianzar distintas normativas, recomendaciones y mensajes educativos pertinentes al servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto tiene como objetivo la educación permanente y actualizada del personal del bloque quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza en lo que respecta a la normativa del bloque quirúrgico, medidas básicas y universales de prevención de infecciones, así como medidas de protección para el personal. También pretende la divulgación de una campaña orientada a recordar elementos de la práctica quirúrgica como lo son el consentimiento informado y técnicas de comunicación con el paciente o familiares.

MÉTODO
Las actividades previstas constarán de la elaboración de una serie de mensajes educativos cortos formulados por sanitarios del bloque quirúrgico, enfermeras y médicos de salud laboral y medicina preventiva clasificados en 3 categorías (valores institucionales, medidas de prevención de infecciones y medidas universales de seguridad en el ambiente laboral). Estos mensajes consensuados con la jefatura del servicio de Cirugía General y supervisión de enfermería serán presentadas al personal de informática para su inclusión a forma de mensajes de salvapantallas. Los mensajes aparecerán en los distintos ordenadores del bloque quirúrgico de forma intermitente y en forma de bucle, difundiendo la información a los trabajadores. Una vez instalado el sistema de difusión de mensajes se planteará la opción de actualización de los mismos en la medida que surjan necesidades o eventualidades.

INDICADORES
Los indicadores del proyecto serán la cantidad de ordenadores donde se puedan difundir los mensajes elaborados, así como la realización de una encuesta de satisfacción y utilidad que realizará al personal del bloque quirúrgico. La encuesta se realizará de forma anónima y se empleará como herramienta de medición de la aceptación del programa, también con la encuesta se solicitará la opinión de los trabajadores para la incorporación de nuevos mensajes que consideren de utilidad.

DURACIÓN
El proyecto tendrá una duración de un año y se estructura por trimestres. El primer trimestre se realizarán la recaudación de sugerencias de mensajes a incluir entre el servicio de Cirugía General y la supervisión de enfermería del bloque quirúrgico. Posteriormente en el segundo trimestre del proyecto la selección de mensajes se presentarán al servicio de informática para su incorporación en las pantallas de los distintos ordenadores del bloque quirúrgico. Una vez puesto en funcionamiento el proyecto, el servicio de informática determinará la cantidad de ordenadores del bloque quirúrgico donde se va implementado el programa. Durante el cuarto trimestre se procederá a realizar una encuesta de valoración de forma anónima entre los distintos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0195

1. TÍTULO

CAMPAÑA INFORMÁTICA DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

trabajadores del bloque quirúrgico evaluando su impresión, opinión y nivel de aceptación, así como posibles sugerencias referente al proyecto implementado.

OBSERVACIONES

Este proyecto pionero pretende ser un modelo de programa educativo para incrementar la seguridad del paciente y del trabajador en el bloque quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza. El modelo planteado en de bajo coste y de utilidad para todos los trabajadores, por lo que pensamos que es un modelo que podría se susceptible de exportarse a otros servicios del hospital o incluso a otros hospitales del SALUD.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0259

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA VALERO SABATER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDO TREBOLLE JOSE
VIDAL PERACHO CONCEPCION
GRACIA GIMENO PAOLA
BONO ARIÑO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de la primera versión del Programa de Rehabilitación multimodal de cirugía bariátrica. Guía clínica para el profesional y para el paciente (Enero´19)
2. Presentación a nivel del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Presentación PowerPoint (Febrero´19)
3. Puesta en marcha del Protocolo a nivel de la consulta, de la planta y del quirófano de cirugía (Marzo´19)
4. Presentación a nivel del Hospital en la Jornada de actualización de Endocrinología. Presentación PowerPoint (Junio´19)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Puesta en marcha del Proyecto con su aplicación en la primera serie de pacientes, desde el 1 de Marzo del 2019, con un total de 67 pacientes, aun en proceso de seguimiento de la evolución desde la consulta, correspondientes a pacientes intervenidos de Cirugía bariátrica.

Se incluyen las técnicas de Gastrectomía Vertical (39) y By pass gástrico (28)

La estancia media postoperatoria es de 2´88 días, analizado con la base de datos de altas del Servicio de Cirugía General(File Maker Pro), excepto 2 casos de complicaciones graves (con una estancia de 86 días), con lo que se adecua a las guías de Rehabilitación multimodal quirúrgicas.

No han aparecido problemas de seguimiento ni en cuanto al personal de consulta, ni de planta ni de quirófano, gracias a la estandarización del protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la presentación del programa a la Comisión de Calidad del Hospital

Posteriormente se ampliará el proyecto con otro personal participante, que forma el Grupo multidisciplinar de Cirugía bariátrica.

Consideramos que aún es pronto para medir realmente los resultados alcanzados, con más pacientes en los próximos años y más tiempo de seguimiento podremos analizar mejor el impacto en la estancia media y el resultado quirúrgico en los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/259 ===== ***

Nº de registro: 0259

Título
PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA

Autores:
VALERO SABATER MONICA, BORLAN ANSON SOFIA, FERNANDO TREBOLLE JOSE, VIDAL PERACHO CONCEPCION, GRACIA GIMENO PAOLA, BONO ARIÑO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0259

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL DE CIRUGIA BARIATRICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de la obesidad mórbida se ha incrementado exponencialmente en los últimos años en los países desarrollados constituyendo en la actualidad una pandemia mundial. La Rehabilitación Multimodal Quirúrgica (Fast Track Surgery o ERAS) constituye la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias destinadas a aquellos pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico, con el objetivo de disminuir el estrés secundario a la intervención quirúrgica, propiciando una mejor recuperación del paciente al disminuir significativamente las complicaciones y la mortalidad. Está ampliamente demostrado que el obeso mórbido es un paciente complejo que requiere de un equipo multidisciplinar. Una de las herramientas con las que cuentan los distintos profesionales sanitarios son las vías clínicas y las guías de práctica clínica, éstas pretenden normalizar los diferentes procesos asistenciales y ser un instrumento de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas, disminuyendo la incertidumbre que acompaña a cada una de ellas, evitando así la duplicidad de pruebas, acortando los tiempos entre éstas y los tratamientos y, en definitiva, mejorando la calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

- Informar al paciente y a sus familiares de lo que pueden esperar cada día.
- Mejora en la calidad asistencial de los pacientes mediante la estandarización de las técnicas y los procesos.
- Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria e instrumentación.

MÉTODO

- Elaboración del protocolo siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas y documentos de consenso de las sociedades científicas
- Difusión del protocolo a los servicios indicados
- Aplicación del protocolo de fast-track a los pacientes indicados de cirugía bariátrica
- Registro de incidencias por parte del servicio de Anestesia
- Valoración, seguimiento y tratamiento por parte del servicio de Endocrinología del estado metabólico de los pacientes con obesidad y en especial los diabéticos
- Evaluación de la implementación del protocolo y encuestas de satisfacción a los pacientes
- Cumplimiento de las fases del protocolo según la matriz temporal de cada implicado

INDICADORES

- % de pacientes a los que se les ha practicado el protocolo estando indicado
- Número de incidencias registradas en el periodo perioperatorio por anestesia
- % de cumplimentación de encuestas de satisfacción
- Estancia media de ingreso de los pacientes

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo ENERO 2019
- Exposición del protocolo a los servicios implicados FEBRERO 2019
- Fase inicial de implementación-Fase 0 MARZO 2019
- Introducción en Farmatools de las modificaciones farmacológicas y de cuidados FEBRERO 2019
- Registro/resumen de anestesia de las incidencias encontradas OCTUBRE 2018
- Resultados y evaluación de resultados DICIEMBRE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE PETRA RODRIGUEZ CURIESES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
CARDONA MONZON LAURA
MARTINEZ LABORDA ESTHER
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
SANCHEZ BARTOLOME ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y transversal de las llamadas telefónicas realizadas durante el periodo de tiempo de un año (de junio de 2015 hasta mayo de 2016). El tamaño final de la muestra fue de 100 pacientes.

Todos los pacientes de la muestra habían sido atendidos en la unidad de CMA del Hospital Royo Villanova, intervenidos de hernia umbilical, epigástrica, ventral e inguinal unilateral.

El cuestionario de valoración del seguimiento telefónico (9, 10), objeto del actual trabajo, se le realizó al paciente de forma anónima en la consulta de cirugía en su primera revisión. Constaba de las siguientes variables: edad, género, tipo de hernia intervenida, constatación de llamada telefónica y, en caso afirmativo, si resultado útil el seguimiento realizado, la existencia de aspectos considerados a mejorar en el control telefónico y si recomendaría la unidad de CMA a algún familiar o conocido en futuras intervenciones.

Para valorar el grado de utilidad para el paciente de la llamada se estableció un rango desde 0 puntos (nada útil) a un máximo de 5 puntos (muy útil). Los aspectos a mejorar del proceso, pregunta abierta, generaron respuestas que se registraron literalmente en la encuesta. Cada una de las preguntas incluía la posibilidad de elegir como respuesta "no sabe/no contesta".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS

La edad media de la muestra de 100 personas fue de 52 años (51,73±12,63). Hubo 29 mujeres y 71 hombres.

Clasificados por tipo de intervención, 56 fueron intervenidas de hernia inguinal, 38 de hernia umbilical, 3 de hernia epigástrica y 2 personas de hernia ventral.

Respecto a la pregunta de si recibieron la llamada del día siguiente a cargo del personal de la CMA, un 99% indicó que sí mientras que sólo un paciente indicó que no. De este modo, la muestra total de personas que continuaron con las sucesivas preguntas de la encuesta fue de 99.

Con respecto a la pregunta sobre la valoración del grado de utilidad de la llamada de seguimiento, 72% de personas la evaluaron con 5 puntos (muy útil), 22% indicaron una valoración de 4 puntos (útil) y 5% de usuarios indicaron valoración de 3 (normal). No hubo valoraciones por debajo de 3 puntos.

Ante la pregunta de si existía algún aspecto a mejorar sobre la llamada de seguimiento, 90 (90.9%) personas indicaron que no lo encontraban, 2 (2.02%) personas eligieron la opción "no sabe/no contesta" y 7 (7.07%) personas indicaron que sí existían aspectos a mejorar.

De este último grupo, dos pacientes no añadieron comentarios sobre qué aspectos mejorarían. Los cinco restantes conformaron un grupo cuya edad media era de 49 años (49,4±6,62), tres mujeres y dos varones; cuatro habían sido intervenidas de hernia inguinal y una de hernia umbilical. De estos cinco pacientes, tres habían valorado la respuesta sobre el grado de utilidad de la llamada con 4 puntos (útil) y dos personas con 3 puntos (normal).

Dos de los usuarios indicaron la necesidad de un seguimiento telefónico más prolongado, otro sugirió facilitar un teléfono de contacto propio de la CMA para la resolución de dudas y otros dos reclamaron ampliar la información postural e higiénico-dietética al alta.

Respecto a la última pregunta de si recomendarían la unidad de CMA a un familiar o conocido en futuras intervenciones, 99% personas respondieron afirmativamente frente a una 1% de usuarios que indicó que no recomendaría la intervención en la CMA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo ha confirmado que la llamada de seguimiento a las 24 horas ha tenido una gran aceptación entre los pacientes, les aporta seguridad y establece un vínculo comunicativo y cercano con él. Supone una herramienta ágil y útil en la resolución de las dudas que le crean ansiedad y que podrían no ser bien interpretadas por él. La utilización adecuada de recursos, como la valoración en urgencias de un paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

postoperado, podría reducirse con la extensión de este tipo de prácticas.

Tal como se exponen en otros trabajos, el control y registro de lo que sucede en el domicilio del paciente es necesario para asentar las bases de la calidad ofertada y lograr una mejora continua, tanto asistencial como gestora. (11)

Tras la realización de este trabajo los temas que más dudas generaron entre los pacientes, y que se resolvieron a través de la llamada de las 24 horas, fueron:

La dosis de analgesia que puede tomar de forma segura y eficaz.

Cuestiones relacionadas con los cambios posicionales, nivel de esfuerzos y/o actividad física.

Dónde y cada cuánto tiempo debe llevar a cabo la cura de la herida quirúrgica.

Cómo realizar las curas en su domicilio.

Pautas higiénicas-dietéticas referidas al patrón de tránsito intestinal.

Aunque el mismo día de la intervención el paciente recibe información necesaria tanto por parte del personal médico como de enfermería, el nivel de estrés y ansiedad que conlleva la intervención hace que la información se disipe y que el paciente no consulte todas las dudas que le preocupan; de la misma manera, muchas de las dudas le surgirán más adelante.

Según estudios, parece ser que los pacientes sólo recuerdan alrededor de un 50-60% de la información facilitada. De este modo, la llamada de seguimiento a las 24 horas permite reforzar la información previamente dada e individualizarla según el paciente. (12, 13)

Concluido el trabajo, se ha objetivado la necesidad de realizar la remodelación del cuestionario de seguimiento telefónico ya que las preguntas existentes utilizadas se muestran insuficientes con las necesidades y dudas de los actuales pacientes intervenidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/136 ===== ***

Nº de Registro: 0136

Título
EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

Autores:
RODRIGUEZ CURIESES PETRA, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, CARDONA MONZON LAURA, MARTINEZ LABORDA ESTHER, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, SANCHEZ BARTOLOME ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

En la Unidad de Cirugía mayor ambulatoria (UCMA) se reciben pacientes que van a ser intervenidos y dados de alta en el mismo día de la intervención. Esto supone, para el hospital un alto nivel de calidad asistencial y una buena gestión de los recursos; por el contrario, esto conlleva un grado de ansiedad para el usuario ante el desconocimiento que surge en el cuidado postoperatorio al no permanecer ingresados en el hospital.

Actualmente, se realiza un seguimiento del estado del paciente de forma telefónica en las primeras 24 horas. El problema detectado es que el paciente cuando ha de someterse a un proceso quirúrgico, por el citado nivel de ansiedad, no asume los cuidados que se le explican teniendo muchas dudas que se tratan de resolver mediante seguimiento telefónico.

Con esta propuesta de plan de mejora queremos evaluar a medio plazo la efectividad real de la encuesta telefónica, y en caso contrario conseguir un seguimiento telefónico adecuado a las necesidades del usuario, reformulando la encuesta con los ítems que realmente le preocupan.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Valoración del seguimiento telefónico para saber:
Mejora de la satisfacción del usuario
Mejora de la calidad asistencial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

MÉTODO

Revisión bibliografica
Reunión y exposición del tema con el equipo
Realización de la encuesta de control telefónico
Diseño y realización de la encuesta de valoración
Evaluación final de proyecto

INDICADORES

Los indicadores serían:

- El grado de satisfacción del usuario sea superior al 70%
- El número de usuarios a los que les ha resultado útil el seguimiento telefónico.
- El porcentaje de encuestas realizadas para que tenga fiabilidad la muestra sea superior al 80

DURACIÓN

Duración 11 meses

Junio - julio: revisión bibliografica y reunión con el equipo.

Julio: diseño encuesta del seguimiento telefónico y diseño de la encuesta de valoración.

Agosto: UCMA está cerrada

Septiembre - Enero: recogida de datos de las encuestas

Febrero- Marzo: tratamiento de los datos

Ma

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 - 2015/0178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR AYALA ESTEVEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ CURIESES PETRA
CARDONA MONZON LAURA
PELLEJERO GRACIA CARMEN
BONO ARIÑO CARMEN
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
SANCHEZ BARTOLOME ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

METODOLOGIA

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar en 2015 formado por 8 profesionales de diferentes ámbitos y especialidades.

El grupo se propuso como objetivo fijar una pauta común de actuaciones tendentes a la promoción de la salud y a la orientación de pacientes y familiares en su toma de decisiones, para lo cual se desarrolló un tríptico informativo que se facilita al paciente durante la consulta de anestesia.

Se elaboró un organigrama de sesiones en las cuales se reunía el equipo con regularidad, consensuando las decisiones relativas a la organización y distribución de tareas. El equipo se ha centrado en la formación sobre promoción y educación para la salud, ha realizado una revisión bibliografía y un estudio de la oferta actual, para llegar a establecer las recomendaciones y propuestas de mejora.

La técnica utilizada como instrumento de evaluación es el cuestionario pretest y postest. Entre sus ventajas se encuentra el poder comparar la situación antes y después de la intervención formativa. Entre sus inconvenientes está que sólo permite evaluar resultados de conocimientos y no de capacidades.

Actualmente, ya se ha incorporado el tríptico como documento informativo para los pacientes en la consulta de anestesia.

Se decidió unificar los documentos de recomendaciones en un único tríptico para hacerlo más manejable y, a la vez, ampliar su contenido con nueva información.

Ventajas del tríptico:

El mensaje deja de ser puntual y se dirige a pacientes pero también a familiares y acompañantes.

Mayor versatilidad, se asimila el contenido al propio ritmo del paciente y/o familia con un formato sintetizado y sencillo.

Complemento eficaz a la entrevista sanitaria, la información queda ampliada.

El coste/unidad es bajo.

Inconvenientes:

Sólo apto para público alfabetizado en castellano.

La distribución de cualquier documento sanitario es difícil y costosa (en nuestro caso, esto lo convertimos en ventaja al entregarlo en la consulta de anestesia).

Después de estudiar diferentes publicaciones al respecto, el grupo de trabajo ha diseñado un tríptico cuyos apartados se describen a continuación:

Breve explicación del significado del concepto "Cirugía Mayor Ambulatoria".

Recomendaciones para antes de la intervención.

Consejos durante la intervención.

Recomendaciones para después de la intervención.

Advertencias generales.

Teléfonos de interés relacionados con el Servicio de C.M.A.

Ubicación del Servicio de C.M.A.

Transporte público para acceder al centro sanitario.

Bajas y justificantes derivadas del procedimiento quirúrgico.

Una vez elaborado el documento se ha analizado la repercusión de los resultados mediante una encuesta con varias preguntas. Para ellos se han repartido de manera aleatoria el tríptico a 200 pacientes y hemos comparado su opinión con la de otros 200 que no lo han recibido. Las cuestiones han servido de indicadores para conocer el nivel de asimilación de la información difundida.

Las preguntas han sido cinco, de las cuales decidimos estudiar tres como indicadores de efectividad del tríptico:

¿Considera suficiente la información recibida antes de llegar a la Cirugía Mayor Ambulatoria?

¿Sabe usted dónde pedir los justificantes de intervención?

¿Sabe usted dónde solicitar la baja laboral?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

RESULTADO

Indicadores:

Pre

177/200*100%= 88.5% de los pacientes operados sin información previa opinan que tienen suficiente información.

(Gráfico 1)

Post

189/200*100= 94.5% de los pacientes operado tras recibir la información opinan que tienen suficiente información.

(Gráfico 2)

Una vez analizados estos indicadores no nos queda claro si en realidad la información facilitada ha sido útil.

Para ello hemos decidido analizar dos indicadores más de la encuesta realizada que son:

¿Sabe usted dónde pedir los justificantes de intervención?

¿Sabe usted dónde solicitar la baja laboral?

Pacientes sin información: (Gráfico 1)

Un 43.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar los justificantes.

Un 27.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar la baja laboral.

Pacientes con información previa: (Gráfico 2)

Un 89.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar los justificantes.

Un 89.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar la baja laboral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

Los resultados observados en la pregunta número 1 ponen de manifiesto la percepción que tiene el paciente de ser correctamente informado. De manera aislada, estas respuestas podrían poner en evidencia la utilidad real de la información facilitada.

Sin embargo, la percepción real de información, la aprehensión de datos, es claramente superior en los pacientes que han recibido el tríptico antes de la cirugía, tal y como se manifiesta en las respuestas a las preguntas 2 y 3. Los pacientes del grupo "informado" han manifestado conocimientos más amplios del proceso de C.M.A. frente al grupo control.

La elaboración y difusión de un tríptico informativo en la consulta de anestesia sobre el proceso de C.M.A. es sumamente positivo:

Es seguro que todo paciente que va a ser intervenido recibe la información.

Simplifica la cantidad de documentación que se le entrega al paciente.

Es atractivo visualmente, fácil de leer y de asimilar su contenido.

Define pautas claras y concisas a pacientes del procedimiento a seguir durante su estancia hospitalaria.

Implica en el proceso a familiares que deben acompañar siempre al paciente.

El conocimiento del circuito C.M.A. minimiza el grado de ansiedad que genera una intervención quirúrgica.

Facilita el trabajo del personal sanitario.

En general, aporta una mayor seguridad.

7. OBSERVACIONES.

Dimos en mano al Sr. Ramos (responsable de Calidad del hospital Royo Villanova) un tríptico como parte de nuestro trabajo realizado. Dicho tríptico en la actualidad ha sido incluido como parte del protocolo que dan los anestesiólogos en las consultas a los pacientes

*** ===== Resumen del proyecto 2015/178 ===== ***

Nº de Registro: 0178

Título

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

Autores:

AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, RODRIGUEZ CURIESES PETRA, CARDONA MONZON LAURA, PELLEJERO GRACIA CARMEN, BONO ARIÑO CARMEN, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, SANCHEZ BARTOLOME ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

A lo largo del tiempo, hemos detectado que la información que recibe el paciente en la consulta de anestesia se difumina, ya sea por la cantidad de información que se le da al paciente, por la ansiedad que conlleva una intervención o por la edad del usuario que va a ser intervenido entre otros motivos...; considerando esto un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

problema, queremos mejorar esta información para que sea atractiva visualmente, ágil y fácil.

En una reunión multidisciplinar, se decide realizar la elaboración de un documento en forma de tríptico donde se recoja la información básica de la unidad (ubicación, consejos generales...) ya que consideramos el tríptico un recurso muy útil, que nos permite reforzar los aspectos más relevantes, especialmente aquellos que las personas deban recordar fácilmente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración de una herramienta útil para el usuario (tríptico)
- Mejorar la imagen de nuestro hospital
- Mejorar la calidad asistencial
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y familiares intervenidos en nuestro servicio
- Mejorar la satisfacción del equipo asistencial de la UCMA

MÉTODO

- Revisión bibliográfica
- Revisión de trípticos de otros hospitales
- Reunión con el equipo y diferentes facultativos para consensuar criterios
- Elaboración del tríptico
- Distribución del tríptico en la consulta de anestesia
- Diseño de la encuesta de valoración sobre el tríptico
- Realización de un estudio de casos- control

INDICADORES

- 1.- Porcentaje de usuarios que consideran que el tríptico ha sido útil (Nº de usuarios que consideran apropiada la información recibida/ nº de usuarios que han recibido el tríptico)
- 2.- Porcentaje de usuarios que no han recibido el tríptico y la información sin mediación de este, ha sido la apropiada (Nº de usuarios que consideran apropiada la información/ nº usuario que no han recibido el tríptico)

DURACIÓN

Junio - julio: revisión bibliográfica y reunión con los diferentes facultativos para consensuar criterios
Agosto: Elaboración del tríptico y diseño de la encuesta
Septiembre: distribución del tríptico en la consulta de anestesia
Septiembre - enero: recogida de datos
Febrero: análisis de los resultados
Marzo- abril: difusión del estudio

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 - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEIDICA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE DAVID GARCIA AGUILERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEIDICA 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.

Una vez creada la base de datos y junto al Servicio de Informática se intentó ubicar el archivo en una carpeta compartida en el Centro de Salud de Grande Covián, HNSG y HRV ya que la finalidad de la base de datos es poder consultar el día del proceso quirúrgico, datos relevantes de la cirugía, duración de la intervención, posibles complicaciones, cirujanos participantes y tipología de los implantes.

Tras un primer intento de puesta en marcha de la base de datos el Servicio de Informática definió la misma como incompatible con el sistema operativo presente en nuestro Sector. Por lo tanto se optó por retrasar y buscar alternativas a la misma. El personal de Informática está saturado y no dispone de tiempo material para poder crear una base de datos compatible y el responsable de Servicio planteó poder ofrecer una beca o similar a estudiantes de la universidad que en ocasiones realizar la parte práctica en su Servicio. Sin embargo, fue imposible crear una beca para la misma y el año pasado no fue hasta finales de año donde confirmaron que durante 2017 no iban a disponer de personal en práctica.

Además, a finales de octubre en el Congreso Nacional de la Especialidad SECOT, hubo una mesa redonda y reunión de Expertos dedicada exclusivamente al registro nacional de artroplastia. Las conclusiones de las mismas fueron que a principios de años de iniciarían las pruebas del registro similar al que funciona en la actualidad en Cataluña por lo que tras meses de funcionamiento en diferentes Hospitales de todo España expondrán durante el segundo trimestre del 2018 la experiencia y los fallos de los Hospitales piloto. Nuestro centro no reunía los requisitos para poder ser centro piloto pero estamos en comunicación continua con los miembros que forman parte de la creación de la base de datos nacional de artroplastia.

Por lo tanto, tras una reunión de los miembros del plan de mejora se optó por esperar a los resultados durante el segundo trimestre de 2018 y decir si continuábamos con nuestro plan de mejora creando una base de datos personal para nuestro servicio o esperar a la base de datos oficial nacional de la Sociedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde la aprobación del plan de mejora en la convocatoria 2015 se realizó una base de datos en el programa informático Microsoft Office Access. En septiembre, y tras la presentación del mismo para mejorar o completar el registro al jefe de servicio se intentó la instalación en el servidor de la intranet del HRV junto al servicio de Informática del hospital.

La instalación del programa fue muy dificultosa y en ocasiones imposible por la no disponibilidad de la base de datos en todas las sesiones de los miembros del servicio de Traumatología. Además fue imposible la instalación en los ordenadores del área quirúrgica por escasa potencia de RAM, y sistemas operatorios obsoletos.

Actualmente, estamos esperando los resultados de la Comisión Nacional encargada de la creación de base de datos nacional de artroplastia para poder decidir si implantamos la base de datos oficial de la sociedad o adaptamos la base de datos a través del sistema hpdctor de nuestro servidor.

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.

6.1.-Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova.

Completado, realizado pero incompatible con los programas autorizados en los ordenadores del HRV.

6.2- Registro compartido a través del servidor del Salud (INTRANET) con las consultas externas de Grande Covián. No realizado por la no disponibilidad del programa en el servidor de la intranet del HRV,

6.3.- Elaboración de un consentimiento informado para la protección de datos del paciente incluido en el registro informático.

Tras consulta con la comisión de historias clínicas no es necesario el consentimiento escrito, siendo oral.

6.4.- Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

de estudios científicos y/o publicaciones.
Actualmente se sigue realizando el registro en base al código de codificación del diagnóstico al alta, realizado de los servicios de documentación del HRV.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

Revisión de los registros de ATR disponibles en el ámbito sanitario nacional (Catalán) e internacional (Sueco, inglés, escocés y americano) con el objetivo de adaptar a nuestro medio.

Elaboración de folleto informativo con la protección de datos y de privacidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1.- Porcentaje de la base de datos elaborada

100% realizada en el programa ACCESS de Microsoft Office.

2.-Proporción de pacientes sometidos a ATR incluidos en la base de datos/ Operados de Artroplastia de rodilla. 0% por no iniciar el registro informático.

3.- Proporción de pacientes con consentimiento informado firmado, para protección de datos.

0%, pendiente del inicio de la nueva base de datos para la inclusión de criterios nuevos.

3.-Proporción de pacientes incluidos en la base de datos con seguimiento / Pacientes incluidos sin seguimiento. No realizado.

4.-Porcentaje de investigación científica realizada tras la utilización del registro informático.

0% en base a la base de datos realizada, pero actualmente iniciado un estudio en base a la codificación del CIE al alta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO CUMPLIDO.

Desde la aprobación del proyecto de calidad hasta finales de octubre se realizó una nueva base datos.

Octubre 2015, presentación al jefe de servicio de COT para mejorar y complementar con nuevos datos.

Elaboración de base de datos con datos demográficos, escalas, datos quirúrgicos y sucesivos seguimientos.

Elaboración de consentimiento informado para la protección de datos.

Intentó de instalación en despacho médico, área quirúrgica y CME Grande Covián en el programa de Microsoft Office.

Diciembre de 2015: tras el email recibido por la comisión de HRV de Calidad se notifica el problema logístico e informático sin respuesta por parte de la comisión por lo que se acuerda con el servicio de informática, alguna solución viable.

A inicio de 2016, error persistente en la creación de base de datos tanto en el área quirúrgica como en CME Grande Covián

Abril de 2016, planteamiento de continuidad del proyecto del plan de mejora pero con la creación de una base de datos en base a la realización a la presente en otros servicios del HRV (Cirugía, digestivo y cardiología) basada en hpdctor. Ante el desconocimiento de la base informática del funcionamiento de dicho programa se decide por el equipo de mejora por unanimidad incluir a un nuevo miembro del servicio de informática para la nueva convocatoria. Se planteó la creación de una beca o el planteamiento de uno de los estudiantes en prácticas de la Universidad que realizan prácticas en el Servicio de Informática de nuestro centro como responsable autor de un programa compatible con el sistema hpdctor y poder utilizar en todo el Sector. Sin embargo durante el 2017 no realizó ningún estudiante un rotatorio por el mismo por lo que al final no ha podido ser creado.

A finales de septiembre de 2017 en el Congreso Nacional de la Especialidad, tras la reunión de la comisión encargada de la puesta en marcha del Registro Nacional de Artroplastia se concluyó con el inicio en centro pilotos para poder analizar los datos del empleo de la base de datos en el segundo trimestre de 2018. Por lo tanto, los miembros del plan de mejora decidimos esperar a observar los resultados de la Comisión Nacional.

En conclusión, el programa de registro de artroplastia está realizado pero no ha podido ser puesto en marcha por problema informático. El registro de artroplastia en el Servicio de COT es una herramienta importante para el registro, seguimiento, control y posibles estudios.

7. OBSERVACIONES.

10. OBSERVACIONES.

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 2015/526 ===== ***

Nº de Registro: 0526

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Título
CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Autores:
GARCIA AGUILERA DAVID, CANALES CORTES VICENTE, MARTIN RUIZ GLORIA, MEJIA CASADO ANA, MALLÉN ALBIR JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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 centro, 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 para 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 OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Actualmente en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología no existe ningún registro de artroplastia total primaria de rodilla.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova.
Registro compartido a través del servidor del Salud (INTRANET) con las consultas externas de Grande Covián.
Elaboración de un consentimiento informado para la protección de datos del paciente incluido en el registro informático.
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
Elaboración y realización de base de datos informática.
Elaboración de folleto informativo con el consentimiento informado para la inclusión en la base de datos.

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 con consentimiento informado firmado, para protección de datos.
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.
Elaboración de consentimiento informado para la protección de datos.
Sesión clínica para explicar al Servicio utilización de la base de datos.
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
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.

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 - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

*** ===== **

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 los 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 cartilaginosas, 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 - 2018/1229

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

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.

VAL MANSOUR SAMI
ARROYO RUBIO ERNESTO
LARRIBA JAIME ANGEL
IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL
BOSQUE GIMENEZ LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la actualidad, el tratamiento del dolor postoperatorio en la cirugía artroscópica continúa siendo una preocupación importante para los profesionales sanitarios y las instituciones sanitarias ya que no se ha conseguido disminuir significativamente la prevalencia de dolor agudo postoperatorio. Una de las nuevas líneas de investigación consiste en el tratamiento multimodal.

Desde el inicio de la unidad de Artroscopia y Hombro (Sección del servicio de Cirugía ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova) en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en 2018 y en colaboración con el servicio de Anestesiología se acordó un tratamiento individualizado del paciente con la posibilidad de realizar una técnica anestésica prequirúrgica locorregional eco guiada (bloqueo de nervios periféricos, braquial supraclavicular, plexo axilar, femoral o interescalénico) tras la valoración en consultas externas del paciente y el consentimiento informado firmado con el objetivo de disminuir el dolor postoperatorio inmediato y la menor necesidad de ingesta de fármacos analgésicos durante el ingreso.

Inicialmente y tras la confirmación del Servicio de Anestesia de la realización de un tratamiento multimodal se realizó una revisión bibliográfica del control analgésico multimodal en cirugía artroscópica previo a la realización y redacción del protocolo farmacológico.

En general, el tratamiento farmacológico debe ser siempre individualizado en función de los antecedentes personales, patología médica, el tipo de intervención quirúrgica, el tiempo de la misma y posibles alérgicas medicamentosas. La técnica artroscópica es una cirugía cuyo objetivo es disminuir el daño tisular, disminuir el dolor y menor número de complicaciones por menor sangrado en el postoperatorio en comparación con la cirugía convencional o abierta.

En colaboración con el servicio de Farmacia del HNSG se redactó un protocolo farmacológico donde se incluyeron los siguientes apartados: sueroterapia, analgésicos, profilaxis antibiótica y rescate en casos de complicación médica como por ejemplo náuseas, vómitos, crisis hipertensiva, ansiedad, insomnio o dolor intenso.

SUEROTERAPIA

Ringer lactato 500ml /24horas

PROTECTOR GASTROINTESTINAL

Omeprazol 40mg iv al ingreso.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Para la profilaxis antibiótica nos basamos en las evidencias y las recomendaciones de la SECOT. Como en todos los casos, debemos de basarnos en una serie de parámetros.(Bacteriológicos, farmacocinéticos, toxicológicos y de costo/beneficio). En el caso que nos ocupa, la flora colonizante del área quirúrgica es la cutánea y la flora residente de la misma principalmente Acinetobacter y Staphylococcus aureus. En casi toda la bibliografía consultada se da preferencia a las cefalosporinas de primera o segunda generación: cefazolina o cefuroxima. Cefazolina: dos gramos intravenosos en la inducción a la anestesia y continuar con un gramo cada ocho horas hasta completar las 24 horas.

En caso de alergia se propone Ciprofloxacino cuatrocientos gramos intravenosos en la inducción a la anestesia y continuar con cuatrocientos gramos cada doce horas.

ANALGÉSICO

Se debe distinguir entre dolor leve, moderado e intenso.

En los casos de dolor leve y moderado los fármacos de elección (intravenosos) son dexketoprofeno, paracetamol, metamizol, tramadol.

Dexketoprofeno 50mg 1/8 horas

Paracetamol 1gr /6 horas.

Metamizol 2gr cada 8 horas

En casos de dolor moderado no controlado con los dos primeros fármacos se pauta tramadol (opioides menor) 100mg 1/8horas.

Si el dolor es intenso:

Metasedin® 7mg subcutáneos. Con la posibilidad de repetir a los 30 minutos.

RESCATES

Si náuseas: metoclopramida 10mg

Si insomnio tranxilium 10mg

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1229

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Si tensión arterial mayor de 140 mm Hg si no era portador de tratamiento antihipertensivo en su domicilio Capoten 25mg sublingual.

Tras el acuerdo con el servicio de Farmacia del HSNG y la redacción del protocolo farmacológico se realizaron reuniones con el personal de enfermería de la planta de Cirugía (donde ingresan principalmente los pacientes de la unidad de artroscopia) y personal de enfermería del bloque quirúrgico (Acogida, despertar y quirófanos). Se realizaron reuniones con el Servicio médico de anestesiología para acordar el tratamiento multimodal en pacientes intervenidos en el HNSG en la "unidad de artroscopia y hombro".

Uno de los apartados del protocolo fueron Los Cuidados postquirúrgicos: constantes habituales cada 8 horas, cura plana simple de los apósitos previa al alta, reposo en cama y dieta absoluta durante 6 horas con ingesta progresiva de líquido y dieta blanda.

En el protocolo farmacológico no se distingue entre artroscopia de extremidad inferior o superior, sin embargo, en los cuidados postquirúrgicos sí ya que la patología de la extremidad inferior en ocasiones requiere de limitar la carga de la misma como por ejemplo en el caso de la artroscopia de cadera.

Por lo tanto se realizaron:

Reuniones con el Servicio de Anestesiología, Farmacia, enfermería de planta y bloque quirúrgico.
Redacción del protocolo del tratamiento farmacológico en pacientes intervenidos de artroscopia y adaptación al sistema informatizado de dispensación farmacológica Farmatools ® mediante dos apartados que incluían extremidad inferior y otro extremidad superior.
Puesta en marcha del protocolo en octubre del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El tratamiento farmacológico en el HNSG y en concreto en la planta de Cirugía está informatizado a través del FarmaTools ® por lo que se incluyó un apartado con el protocolo de extremidad inferior, extremidad superior y otras cirugías artroscópicas.
Por lo tanto, el 100% de los pacientes intervenidos fueron incluidos en el protocolo del tratamiento farmacológico e individualizado en función de la patología del paciente.

- 1.- Realización del protocolo farmacológico: 100%
- 2.- Reunión con el servicio de anestesia, enfermería de la planta de cirugía, enfermería del bloque quirúrgico y el Servicio de Farmacia. Realizadas durante los meses de abril-junio 2018
- 3.- El número de pacientes intervenidos / Número pacientes incluidos en protocolo: 100%
- 4.- Nº reacciones alérgicas en planta tras la administración del tratamiento farmacológico / Nº pacientes con alergias medicamentosas:
Existieron dos pacientes con múltiples alergias que tras la administración en planta de Ciprofloxacino presentaron un rash cutáneo que tras administración de antihistamínico y corticoide mejoró sin necesidad de postponer el alta al día siguiente.
- 5.- Nº reacciones alérgicas en planta tras la administración del tratamiento farmacológico / Nº pacientes intervenidos en la unidad: 2 alergias a ciprofloxacino.
- 6.- Error de administración medicación no prescrita: Ninguno

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La protocolización del tratamiento farmacológico presenta múltiples ventajas:
Menor número de errores en la administración de fármacos.
Dispensación adecuada.
Mayor facilidad del personal de enfermería en la preparación de los tratamientos intravenosos en el postoperatorio de paciente intervenidos de artroscopia
Baja tasa errores de administración de fármacos
Uso racional del medicamento
Familiarización con el tratamiento postoperatorio en pacientes intervenidos mediante técnica de artroscopia.
El protocolo será revisado cada bienio.

7. OBSERVACIONES.

El protocolo está incluido en el programa Farmatools unidosis.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1229 ===== ***

Nº de registro: 1229

Título
PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1229

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
GARCIA AGUILERA DAVID, VAL MANSOUR SAMI, ARROYO RUBIO ERNESTO, LARRIBA JAIME ANGEL, IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL, BOSQUE GIMENEZ LUCIA, ANDRES ARRIBAS IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad Clínica

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Todo paciente que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico programado requiere durante su hospitalización en planta un tratamiento farmacológico pautado. Tras el inicio y la implantación de la unidad de Artroscopia en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en la planta de cirugía general se observó que el personal de enfermería no estaba familiarizado con el tratamiento farmacológico de los pacientes que ingresaban para ser sometidos a un proceso quirúrgico artroscópico en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Además no existe un especialista de cirugía ortopédica y traumatología de guardia presencial para poder consultar cualquier duda terapéutica.
El tratamiento farmacológico principalmente en dichos pacientes es analgésico y antibiótico prequirúrgico y en ocasiones postquirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el proceso farmacoterapéutico y garantizar la seguridad del paciente al aumentar la seguridad de los pacientes ingresados para procesos quirúrgicos programados.
Redacción e instauración del protocolo farmacológico en paciente intervenidos en la unidad de artroscopia del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

MÉTODO

1. Formación del grupo de trabajo que va a realizar el proyecto.
2. Revisión bibliográfica.
3. Elaboración de un protocolo del tratamiento farmacológico para los pacientes que ingresen en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en la unidad de Artroscopia que implique a personal de enfermería, traumatólogos y el servicio de farmacia.
- 4.- Sesión informativa al personal de enfermería de la planta de Cirugía.
- 5.- Revisión y consenso de las normas y actividades del protocolo.
- 6.- Instauración del protocolo del tratamiento farmacológico

INDICADORES

- 1.- Porcentaje del texto redactado del protocolo para intervenciones de la extremidad superior.
- 2.- Porcentaje del protocolo redactado para intervenciones de la extremidad inferior
- 3.- Nº pacientes dado de alta de la unidad con utilización del protocolo / Nº pacientes totales ingresados en la unidad.
- 4.- Eficacia del protocolo: Nº complicaciones tras la utilización del protocolo.
- 5.- Número de pacientes que presenten alguna reacción medicamentosa / Nº pacientes total ingresados en la unidad

DURACIÓN

- 1.- Desde la aprobación del programa de mejora un mes para la elaboración del protocolo para extremidad inferior y superior.
- 2.- Tras la elaboración sesión informativa antes del periodo vacacional
- 3.- Implantación del protocolo
- 4.- Monitorización semestral de los resultados e indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1229

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1376

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ANA MEJIA CASADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA
CASTELLS MURILLO INMACULADA
FRANCISCO SALAS RAQUEL
AZAGRA LOP ANTONIO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones con los componentes del equipo de trabajo para la realización de una nueva hoja informativa de recomendaciones y consejos para el cuidado postoperatorio y ejercicios encaminados a la recuperación funcional domiciliar que se entregan a los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla al alta hospitalaria. Las recomendaciones se explican verbalmente a cada paciente antes de abandonar el hospital. El nuevo formato consta de 2 apartados principales:
Consejos sobre el cuidado de la prótesis, la herida, hábitos saludables, calzado, elementos domiciliarios...
Ejercicios: divididos en aquellos realizados tumbados, los realizados sentados, y cómo realizar actividades diarias como enfrentarse a escaleras y cómo deambular con dispositivos ortopédicos. Cada ejercicio consta de una breve explicación en su ejecución y se acompaña de una ilustración demostrativa.
Las recomendaciones se explican verbalmente a cada paciente antes de abandonar el hospital.
Posteriormente y durante el seguimiento de los pacientes en consulta se registran: escala EVA de dolor, balance articular, y se interroga sobre la ejecución de los ejercicios, así como el grado de satisfacción. Según protocolo de seguimiento de prótesis de rodilla al mes, 3 meses, 6 meses y al año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Escala EVA de dolor: disminución media en la escala de 2- 3 puntos comparando escalas en el primer mes con respecto al 3 mes. Disminución de 1-2 puntos en las escalas entre 3 mes y el 6 mes.
Balance articular: el estandar alcanzado en todos los pacientes son los 90 grados de flexión activa. Entre el primer mes y el 3 mes se ha objetivado mejora en los grados de extensión de aproximadamente 5 grados. Los 0 grados de extensión han sido alcanzados sólo por aquellos pacientes en los que no se objetivaba genu flexo previo a la cirugía.
El grado de satisfacción ha sido de media bueno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La recuperación funcional postquirúrgica en la artroplastia de rodilla es una parte muy importante en el tratamiento de la artrosis de rodilla. La implicación del paciente en su propia recuperación es básico, por lo que es necesario un buen seguimiento y una completa información sobre lo que debe y no debe hacer cuando se encuentre en su domicilio. Los resultados más llamativos son los que encontramos en la consulta de seguimiento entre el primer mes y el 3 mes. En esta consulta se vuelve a interrogar al paciente sobre los ejercicios que ha estado realizando en su domicilio, cómo, cuándo y qué realiza, y se resuelven dudas o se insiste en determinados ejercicios, sobre todo en aquellos que involucran la extensión. En la siguiente visita la mayoría de los paciente que se han involucrado en su recuperación tienen mejor BA y mejor escala EVA que aquellos que no han sido tan insistentes en su rehabilitación.
Sólo aquellos con limitaciones previas importantes, genu flexo, atrofia marcada de cuádriceps... han tenido peores valoraciones en cuanto a dolor y BA, precisando la mayoría apoyo en los servicios de Rehabilitación.
A pesar de la información detallada en la consulta en cuanto a lo que debe esperar de su prótesis, la valoración de grado de satisfacción ha dependido sobre todo de las expectativas en cuanto a la cirugía, y al grado de dolor e impotencia funcional reales previos a la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1376 ===== ***

Nº de registro: 1376

Título
ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1376

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA

Autores:
MEJIA CASADO ANA, CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA, CASTELLS MURILLO INMACULADA, FRANCISCO SALAS RAQUEL, AZAGRA LOP ANTONIO JESUS

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:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: funcional

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La recuperación funcional postoperatoria en la artroplastia de rodilla es una parte importante del tratamiento en el que hay conseguir involucrar a los pacientes. No sólo se trata de aliviar el dolor, si no de conseguir una buena funcionalidad; reservando la derivación al Servicio de Rehabilitación a aquellos pacientes que por sí mismos no hayan conseguido un balance articular esperado o cuya situación previa a la cirugía prevea una limitación. Por otra parte unos correctos cuidados postoperatorios de la herida disminuirán las complicaciones de la misma y conseguirán una recuperación más rápida.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejoría en la función y el balance articular postquirúrgico mediante la implicación del paciente en su propia recuperación

MÉTODO

Actualización de las recomendaciones sobre el cuidado postoperatorio y los ejercicios encaminados a la recuperación funcional domiciliar que se entregan a los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla al alta hospitalaria. Estas recomendaciones se explicarán verbalmente a cada paciente antes de abandonar el hospital.

INDICADORES

Escala EVA del dolor durante el movimiento activo y pasivo al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Valoración de la herida quirúrgica al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Balance articular activo y pasivo al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Se interrogará además, sobre la ejecución de los ejercicios para valorar que se realizan correctamente entre visitas.
Se compararán los resultados desde el inicio hasta el año. No se valorará el estado al alta ya que la analgesia, las recomendaciones y asistencia sobre la movilización durante la hospitalización no son las mismas que las que el paciente se encuentra en su domicilio.

DURACIÓN

Los indicadores anteriores se irán registrando en sucesivas consultas durante un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1214

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (PRP) EN PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR BASADO EN LA EVIDENCIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ERNESTO ARROYO RUBIO
· 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.

VAL MANSOUR SAMI
GARCIA AGUILERA DAVID
BADIOLA VARGAS JARA
FERRER PEIRON SOFIA
ROY ASENSIO LYDIA
BOROBIA BONEL RAQUEL
BORDONADA BAILON JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión bibliográfica con la participación de todos los miembros del Servicio para revisar la última evidencia disponible en el tratamiento con PRP en las patologías del aparato locomotor y se decidió en base a las publicaciones de mayor relevancia restringir su uso a las tendinopatías y condropatías de grado leve-moderado. Asimismo se estableció realizar una única infiltración seguida de unas pautas de estiramientos, ejercicios, modificación género de vida, ... en lugar de las tres infiltraciones que se venían realizando hasta la fecha sin ninguna justificación científica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento actual todavía se están tratando pacientes con el protocolo previo que tenían pendiente finalizar la tanda de 3 infiltraciones. Desde Septiembre de 2019 la mayoría de componentes del Servicio están incluyendo una única infiltración en la hoja de demanda quirúrgica. Se ha habilitado una base de datos en la que se incluyen los pacientes a los que se va a realizar el tratamiento con el objetivo de recoger los datos necesarios durante el periodo de realización del proyecto (Septiembre 2019-Septiembre 2020) y evaluar los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La demanda por parte de la población de este tipo de tratamientos se está incrementando, debido en parte al "boca a boca" y también a la aparición en medios de comunicación de noticias relacionadas con deportistas de élite que han recibido algún tratamiento similar. Es nuestra labor como profesionales contener falsas expectativas y racionalizar el empleo de estos tratamientos que si bien no presentan apenas morbilidad, suponen un importante gasto y consumo de recursos. El objetivo final del proyecto es homogeneizar las indicaciones y hacer un uso racional de una terapia que correctamente empleada, pensamos que aporta un beneficio a nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1214 ===== ***

Nº de registro: 1214

Título
TRATAMIENTO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (PRP) EN PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR BASADO EN LA EVIDENCIA

Autores:
ARROYO RUBIO ERNESTO, VAL MANSOUR SAMI, GARCIA AGUILERA DAVID, BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA, FERRER PEIRON SOFIA, ROY ASENSIO LYDIA, BOROBIA BONEL RAQUEL, BORDONADA BAILON JORGE

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:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1214

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIOS (PRP) EN PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR BASADO EN LA EVIDENCIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El plasma rico en plaquetas (PRP) es un preparado que se emplea con fines terapéuticos en diversas patologías musculoesqueléticas con cada vez mayor aceptación, debido a su teórico potencial para reparar tejidos con baja capacidad de curación. En los últimos años ha tenido un gran auge en el tratamiento de lesiones deportivas musculares, tendinosas y ligamentosas, así como en artrosis de rodilla y cadera. A pesar de su empleo cada vez mayor, existe una gran variabilidad en sus aplicaciones y una escasez de estudios con nivel de evidencia científica suficiente para respaldar su uso indiscriminado.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto persigue establecer unos criterios homogéneos de empleo de la terapia con factores de crecimiento plaquetarios en las distintas patologías del aparato locomotor, excluyendo su utilización en aquellos casos en los que no esté demostrada su utilidad y/o existan otras alternativas más eficaces.

MÉTODO

Se revisarán retrospectivamente los casos en los que se ha utilizado tratamiento con PRP en los últimos 3 años para realizar un análisis estadístico y valorar las patologías en las que se han empleado, tipo de PRP utilizado, número de inyecciones, complicaciones,... Posteriormente se establecerá una reunión para discutir los resultados de dicho análisis y junto con la última evidencia disponible elaborar un protocolo común para homogeneizar criterios de inclusión de pacientes candidatos a recibir tratamiento con PRP.

INDICADORES

Número de pacientes tratados con PRP / Número total de pacientes quirúrgicos
Número de pacientes tratados con PRP agrupados por patología
Número de pacientes incluidos en LEQ para PRP / Número de pacientes en consulta
Nº complicaciones / Nº de pacientes tratados con PRP
Encuesta de satisfacción a pacientes tratados con PRP y cuestionarios objetivos según patología

DURACIÓN

Septiembre 2019-Septiembre 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1287

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA EN LA PATOLOGIA DEL HOMBRO EN EL SECTOR I

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.

VAL MANSOUR SAMI
ARROYO RUBIO ERNESTO
LARRIBA JAIME ANGEL
IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El artículo 3 de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente define la historia clínica como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Inicialmente, nos reunimos los componentes del plan de mejora que formamos parte de la sección de Hombro y artroscopia compleja del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, en abril de 2019. Tras la exposición del resumen del proyecto por el coordinador y las tareas necesarias se propuso la realización de una plantilla común que englobara los principales aspectos que se incluían habitualmente en la historia clínica de la consulta de patología del hombro. Se realizó una revisión bibliografía actualizada en los principales buscadores Pubmed, Medline, Crochane, GuiaSalud y Fisterra para analizar la validez de las diferencias pruebas funcionales que realizábamos cada uno de los componentes de la unidad de hombro, revisión de protocolos de patología de hombro doloroso como por ejemplo el existente en el Sector I desde 2019 "Protocolo de consenso entre atención primaria y hospitalaria para el manejo del hombro doloroso

Se diferenció inicialmente el tiempo de evolución (patología aguda: menor de 6 meses; patología degenerativa: mayor de 6 meses o patología degenerativa con antecedente agudo traumático). Dentro del apartado de patología aguda se diferenció infección, inestabilidad glenohumeral, fractura osteoarticular y patología de manguito de rotadores. En cambio, en el apartado de patología degenerativa se diferenció: osteonecrosis, artrosis y patología de manguito de rotadores. En el apartado de patología degenerativa con antecedente agudo traumático se incluyeron las patologías degenerativas pero que presentaban en los últimos 6 meses un proceso agudo descrito en el primer apartado.

Pese a diferenciar la patología en función del tiempo de evolución y de la existencia de componente desencadenante, se realizó una misma plantilla unificada. La plantilla estaba adaptada al modelo número 30 de las consultas externas del Sector I del Hospital Royo Villanova, por lo que se decidió imprimir en dicha hoja y posteriormente rellenarlo por el médico traumatólogo responsable.

Los apartados en la plantilla fueron: Edad, Motivo de consulta, Remitido desde, Profesión, Deporte, Antecedentes personales (alergias, médicos, quirúrgicos), Exploración física con la lateralidad, rango de movilidad (Antepulsión, Abducción, Rotación interna, Rotación Externa) y la principales maniobras (Hawkins, Jobe, Gerber, Yergason, Acromioclavicular, Patte); Curso evolutivo, Pruebas complementarias (Radiología simple, ecografía, resonancia magnética nuclear, Tomografía axial computarizada); Tratamiento recibido (toma de fármacos, infiltraciones intraarticulares, fisioterapia de centro de salud, tipo de inmovilización y/o reposo); Escalas de valoración (Escala de valoración de la funcionalidad del hombro "Escala de Constant" y Escala de Valoración del Hombro de la American Shoulder and Elbow Surgeons; por último el nuevo tratamiento pautado por el traumatólogo y la firma del mismo.

Tras finalizar la realización de la plantilla por los componentes del plan de mejora a finales de septiembre fue presentando al Servicio de cirugía ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova y aprobada por el mismo el 4 de octubre de 2019. Posteriormente iba a ser solicitada la aprobación por la comisión de Historias Clínicas y Documentación de nuestro sector para poder incluir el modelo unificado en la historia clínica escrita del paciente del centro de Especialidades pero desde la dirección del centro se nos notificó que debíamos iniciar la "Historia clínica Electrónica" en las consultas externas por lo que se decidió por unanimidad en el grupo no solicitar a la comisión de historias clínicas la aprobación ya que no se iba a poder poner en práctica la plantilla escrita al tener que cambiar a formato informatizado.

En enero de 2020, el Servicio de Informática realizó durante 2 sesiones la explicación del manejo y utilización de la Historia Clínica Electrónica. Describieron el apartado de textos prerredactados. Por lo que la plantilla escrita utilizada en el modelo 30 objetivo inicial de nuestro plan de mejora fue modificada y adaptada para poder incluir en textos prerredactados. Actualmente, pendientes de la aprobación por Servicio Informática y disponibilidad de la plantilla. En la sesión de enero se explicó al Servicio la plantilla para la utilización de la misma, con la conformidad de todo el servicio.

PLANTILLA:

"Edad	Motivo Consulta:		
Remitido desde	Profesión	Deporte	
Tiempo de evolución		Antecedente traumático	
Antecedentes Personales: Alergias			
Médicos			
Quirúrgicos			
Exploración Física:	Derecho	Izquierdo	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1287

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA EN LA PATOLOGIA DEL HOMBRO EN EL SECTOR I

Tipo Patología : Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica . : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos . : Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque :
Otro Enfoque :

PROBLEMA

La demora en las primeras visitas de consultas externas en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Sector I es de aproximadamente 11 meses cuando el paciente es remitido desde el Médico de Atención Primaria por una patología musculoesquelética con prioridad normal.
En la actualidad, el Servicio de COT del Sector I está distribuyendo las diferentes patologías osteomusculares por secciones (Hombro, Artroplastia, Mano-Pie, Raquis). La Sección de Hombro y Artroscopia compleja está funcionando desde el 2018 realizando nuevas técnicas, nuevos tratamientos y nuevas indicaciones quirúrgicas. Sin embargo, no existe un análisis objetivo y estadístico de los resultados de la unidad ni una comparación con la bibliografía actual por múltiples causas como pueden ser: la diversidad de los datos recogidos en el evolutivo clínico de la historia clínica escrita del paciente o en ocasiones, datos no incluidos en la historia clínica.
La diversidad de los datos o en ocasiones la ausencia de los mismos dificulta la recogida de datos y un posible estudio estadístico. La importancia de una historia clínica completa con exploración física, cuestionarios clínicos y resultados de las intervenciones realizadas son realizados pero no reflejados en la historia escrita por el escaso tiempo que se dispone entre pacientes citados en la consulta por lo que con la incorporación de una plantilla orientativa y de respuesta múltiple se facilitaría disponer de un documento orientativo que se incluiría en la historia clínica y permitiría disponer de un evolutivo clínico completo, la posibilidad de realizar análisis estadístico de múltiples variables y la comparación de resultados entre los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar una anamnesis completa en pacientes con patología osteomuscular del hombro en las consultas de cirugía ortopédica y traumatología del Sector I mediante una plantilla y disponer de las mismas variables en el evolutivo clínico escrito con el objetivo final de unificar los datos recogidos.

MÉTODO

Para conseguir los objetivos descritos se realizará una plantilla con diferentes apartados.

- 1.- Edad y Motivo consulta
- 2.- Antecedentes personales (médicos, intervenciones, deporte y trabajo habitual).
- 3.- Exploración Física
- 4.- Cuestionarios clínicos del hombro y dolor
- 5.- Infiltraciones previas
- 6.- Intervenciones
- 7.- Resultados

En primer lugar, nos reuniremos los componentes de la unidad y del plan de mejora para validar un documento con los diferentes apartados descritos previamente.

En segundo lugar, Tras la validación por la sección, en sesión clínica del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova de Zaragoza se expondrá la plantilla, por si existiera el caso de paciente revisado o citado con el resto de componentes del servicio de COT.

Por último lugar, se comunicaría a la Comisión de Historias clínicas y Documentación para poder incluir la plantilla en la historia clínica escrita. Una vez autorizados, se procederá a la unificación de datos clínicos recogidos en la historia clínica.

INDICADORES

- 7.1.- Porcentaje de la elaboración del documento-plantilla.
- 7.2.- Números de pacientes con patología de hombro revisados en el último año con documento-plantilla en su historia clínica/ Número de paciente con patología de hombro revisados en la consulta COT en el último año sin el documento-plantilla en su historia.

DURACIÓN

Desde la aprobación del plan de mejora hasta septiembre de 2019 se realizará el documento-plantilla donde se incluirán los diferentes apartados descritos en el apartado de "Actividades y Ofertas de Servicios".
Tras la realización del documento-plantilla se presentará sobre septiembre de 2019 a los componentes del plan de mejora, a los miembros de la unidad de hombro del Sector I, al servicio de cirugía ortopédica y traumatología y finalmente se enviará a la Comisión de Historias clínicas.
Tras aprobación por la comisión clínica de historias, se incluirá en la consulta los documentos para iniciar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1287

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA EN LA PATOLOGIA DEL HOMBRO EN EL SECTOR I

la realización de la primera anamnesis de todos los pacientes con patología osteomuscular del hombro. En enero de 2020 se realizará una revisión de las historias clínicas de pacientes vistos en el centro de especialidades con patología osteomuscular del hombro. El proyecto está previsto finalizarlo para marzo de 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1335

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES GENERALES TRAS CIRUGIA DE MANO Y TRAS CIRUGIA DE PIE EN REGIMEN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) COMPLEJA DE TRAUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 25/01/2020

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.
MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la redacción y aprobación por la Comisión de documentación del documento informativo y explicativo, se ha adjuntado y explicado al alta a todos los pacientes intervenidos en el quirófano de CMA de la Unidad Mano-Pie en el Hospital Nuestra Señora de Gracia desde el inicio de la actividad en junio de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este periodo de tiempo no nos constan complicaciones durante el postoperatorio inmediato.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dados los resultados y la utilidad de las recomendaciones, el documento, actualmente, se entrega a todos los pacientes intervenidos de mano o pie a través de CMA programados días distintos al quirófano reservado a la Unidad de Mano- Pie; por lo que nuestra valoración subjetiva es muy positiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1335 ===== ***

Nº de registro: 1335

Título
INSTRUCCIONES GENERALES TRAS CIRUGIA DE MANO Y TRAS CIRUGIA DE PIE EN REGIMEN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) COMPLEJA DE TRAUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
MEJIA CASADO ANA, MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO

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:
Línea Estratégica .: Sustitución por CMA u otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la ampliación de la oferta quirúrgica de la Unidad Mano -Pie del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Royo Villanova mediante la apertura de un nuevo quirófano de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, y dado que incluye patología de alta resolución, en régimen de CMA, es decir, patología que no precisa ingreso pero que dada su complejidad precisará de cuidados especiales las primeras 24 horas en cuanto a anestesia, analgesia y protección del miembro ; nos vemos en la necesidad de informar a los pacientes y familiares, no sólo de manera verbal, sobre los cuidados posteriores y los signos o síntomas de alarma por los que debieran acudir a su centro hospitalario. Se pretende así adjuntar al alta, un documento explicativo al respecto de su cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS

Redactar un documento informativo y explicativo sobre los cuidados posteriores a la cirugía de mano y pie realizadas en régimen de CMA compleja de la Unidad de Mano -Pie que se adjuntará al alta, minimizando las consultas o las visitas al servicio de Urgencias que no sean estrictamente necesarias. constará de varios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1335

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES GENERALES TRAS CIRUGIA DE MANO Y TRAS CIRUGIA DE PIE EN REGIMEN DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) COMPLEJA DE TRAUMATOLOGIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

apartados sobre recomendaciones generales, y particulares en cuanto a tipo de anestesia, analgesia, protección del miembro y ejercicios específicos, según bibliografía internacional y guías consenso.

MÉTODO

El documento se adjuntará al alta del paciente además de la información verbal pertinente, de manera que se insista en el tipo de anestesia utilizado y su duración, protección del miembro intervenido, síntomas normales y signos o síntomas de alarma.

Una vez redactado, se comunicará a la Comisión de Documentación para su autorización oficial.

INDICADORES

Las consultas por complicaciones realizadas por los pacientes durante el postoperatorio inmediato se tomarán como indicador de calidad. Todas las incidencias serán preguntadas al paciente en consultas de revisión posteriores y se comunicarán al coordinador de la Unidad.

DURACIÓN

Inicio de la actividad quirúrgica el 6 de junio de 2019, sin fecha de cese.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0623

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 - 2018/1194

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER GARCIA LATASA DE ARANIBAR
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL
ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL
FUENTELES AZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA
MARRON MOYA SERVANDO EUGENIO
BRUALLA PROFITOS CARMEN
LAHOZA DIESTE ESPERANZA
SALANOVA LAZARO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los datos se han recogido de los pacientes visitados en las diferentes consultas de dermatología del servicio, sobre todo de la consulta monográfica de biológicos, pasando los cuestionarios de DLQI antes y después del tratamiento instaurado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes incluidos han sido 30.

De los que 11 son varones y 19 mujeres; proporción consistente con la literatura donde se comenta la mayor frecuencia de casos en el sexo femenino.

La edad media de los pacientes son 36,8 años, oscilando en un intervalo que va desde los 17 a los 62 años.

La gravedad de la Hidradenitis supurativa medida según el índice de Hurley se distribuyó de la siguiente manera:

- Estadio I de Hurley: 10 pacientes (33 %)
- Estadio II de Hurley: 14 pacientes (46,6 %)
- Estadio III de Hurley: 6 pacientes (20 %)

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud medida según el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) mostró los siguientes datos:

- El DLQI previo osciló entre el valor 0 y el valor 22.
- El DLQI posterior osciló entre el valor 0 y el valor 24.

Al analizar la diferencia entre los valores de DLQI antes y después del tratamiento, observamos que no todos los pacientes experimentan una mejoría en el DLQI:

- a) El DLQI empeoró en 13 (43,3 %) de los pacientes, es decir, que su calidad de vida era peor después de haber realizado el tratamiento al que hubieran sido sometidos. Si bien, 9 de los 13 pacientes perdieron entre 1 y 3 puntos que, prácticamente, es estar casi igual que antes de haber llevado a cabo las medidas terapéuticas.
- b) Por el contrario, 12 pacientes (40 %) mejoraron su DLQI, es decir, presentaban mejor calidad de vida después de haber realizado el tratamiento que antes.
- c) Y el 16 % de los mismos (5 pacientes) no les influyó para nada en la calidad de vida el tratamiento para su patología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es el modelo más aceptado para medir la repercusión psicosocial asociada a una patología crónica. Sin embargo, debido a que es muy general no mide bien la calidad de vida en ciertas patologías, como puede ser en la hidradenitis supurativa. Ello ha llevado a desarrollar y validar un nuevo instrumento para evaluar la calidad de vida en pacientes afectados de esta patología denominado HSQoL cuyos resultados se están presentando en la actualidad, y del que ha sido promotor del estudio el Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría (GEDEPSI) siendo coordinador del mismo el Dr Marrón e parte de los investigadores participantes son el Dr Alcalde, la Dra Fuentelsaz y el Dr García Latasa de A. miembros de este proyecto de Acuerdo de Gestión Clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1194 ===== ***

Nº de registro: 1194

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1194

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DERMATOLOGIA

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DERMATOLOGIA

Autores:

GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER, ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL, ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL, FUENTE SAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA, MARRON MOYA SERVANDO EUGENIO, BRUALLA PROFITOS CARMEN, LAHOZA DIESTE MARIA ESPERANZA, SALANOVA LAZARO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hidradenitis supurativa (HS) se ha definido como una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recurrente y debilitante, que habitualmente se presenta tras la pubertad con lesiones profundas, inflamadas y dolorosas, afectando a las áreas corporales con presencia de glándulas apocrinas, siendo las regiones más frecuentemente afectadas la axilar, inguinal y anogenital.
La prevalencia de la HS oscila entre el 1% y el 4% según las publicaciones. Con respecto a la distribución etaria, la enfermedad habitualmente se inicia tras la pubertad, generalmente al inicio de la tercera década, y suele permanecer activa durante la tercera y cuarta décadas de la vida con cierta mejoría a partir de la menopausia; suelen ser los varones los que mantienen actividad de la enfermedad a partir de los 50 años.
El impacto psicosocial, relaciones interpersonales y autoestima provocados por la inflamación, el olor y el dolor que genera la enfermedad repercute significativamente en la calidad de vida de estos pacientes.
La consulta monográfica permite un estudio pormenorizado del paciente y una mayor atención a aspectos importantes de la enfermedad que no se pueden abordar en una consulta habitual, entre ellos, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).
El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es el modelo más aceptado para medir la repercusión psicosocial asociada a una patología crónica. En diferentes estudios, se ha comprobado la importante afectación en la calidad de vida en la HS.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es evaluar el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) antes y después del tratamiento de Hidradenitis Supurativa, así como el grado de gravedad (estadificación de Hurley) de los pacientes que son remitidos a la consulta monográfica.

MÉTODO

Para lograr los objetivos, se recogerán los datos de aquellos pacientes afectos de HS que hayan sido remitidos a la consulta monográfica de «BIOLógicos en DERMatología (BIODER)», consulta con varios años en funcionamiento para pacientes de psoriasis e hidradenitis supurativa moderada o grave susceptibles de tratamiento sistémico y/o biológico, de periodicidad semanal en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián. En el caso de la HS, los pacientes son remitidos principalmente desde las consultas externas de los Servicios de Dermatología y Cirugía General.

INDICADORES

1. Gravedad de la enfermedad: estadificación de Hurley.
2. Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) antes del tratamiento médico.
3. Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) después del o de los diversos tratamientos tras, al menos, 1 año de seguimiento.

El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es un cuestionario específico para la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada (CVRS) con la Salud en enfermos dermatológicos. El instrumento está compuesto por 10 preguntas. El rango de puntuación del DLQI oscila entre 0 (no afectación de la CVRS) y 30 (máxima afectación de la CVRS). Las 10 preguntas están subdivididas en 6 dominios: síntomas y sentimientos, actividades de la vida diaria, ocio, actividades laborales/escolares, relaciones interpersonales y tratamiento. El cuestionario lo realiza el paciente en la propia consulta (autoadministrado).

DURACIÓN

Un año. Lo que resta de 2018 y parte de 2019.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1194

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DERMATOLOGIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1325

1. TÍTULO

PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER GARCIA LATASA DE ARANIBAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL
CONEJERO DEL MAZO RAQUEL
FUENTELESAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA
DEL PRADO SANZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A continuación se analizan los resultados de este proyecto a la vista de los objetivos del mismo, argumentando y respondiendo a cada uno de los indicadores planteados así como los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

INFORME SOBRE EL ESTUDIO REALIZADO.

Los problemas dermatológicos son una de las causas que generan más demanda asistencial en las consultas de Atención Primaria encontrándose entre los 10 primeros motivos de consulta. De forma coordinada con la Dirección (Dra. Mendi) y Subdirección (Dr. Galindo) de Atención Primaria del Sector I de Zaragoza, se contabilizan las derivaciones a las consultas de Dermatología en los años 2017 y 2018 que son 9866 y 9534 pacientes respectivamente.

De estos pacientes, se observa que los episodios activos S77, S79, S80, S81 y S82, que se corresponden con patología tumoral benigna y premaligna/maligna, han supuesto entre el 25 y el 30% de las derivaciones a las consultas de Dermatología.

A la vista de estos datos, es preciso un diagnóstico precoz desde Atención Primaria de estas enfermedades con el fin de discriminar las lesiones tumorales susceptibles de derivación a Dermatología; más aún, teniendo en cuenta que el número de interconsultas a esta especialidad es de las más altas (9866 en 2017 y 9534 en 2018 como ya se ha comentado), sólo precedida por la especialidad de Oftalmología.

Por todo ello, concluimos que la patología en la que se deben centrar los esfuerzos en un primer momento es la patología tumoral.

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE SELECCIÓN Y DERIVACIÓN DE PACIENTES.

Tal y como se ha comentado en el final del apartado anterior, será seleccionada la patología tumoral melanocítica o no melanocítica susceptible de ser valorada por Dermatología que el Médico de Atención Primaria estime debe ser valorada por Dermatología por la dificultad de establecer un diagnóstico.

Los Médicos de Atención Primaria (MAP) enviarán las peticiones al Servicio de Dermatología que se almacenarán en una agenda especial de Interconsulta Virtual que podrá ser consultada por los dermatólogos. Estos, tras leer cada petición y revisado de las fotografías adjuntas, deberán indicar el diagnóstico y el tratamiento oportuno. Las respuestas de los especialistas serán remitidas al centro de salud correspondiente. El médico de primaria tras consultar su respuesta, deberá indicar al paciente el diagnóstico y el tratamiento indicado por el médico especialista.

El circuito que proponemos para la realización de esta Interconsulta Virtual sería el siguiente:

1. El paciente acude a Atención Primaria por una lesión de carácter dermatológico.
2. Si el MAP considera que dicha lesión es susceptible de ser derivada a Atención Especializada por esta vía contactaría, al menos en los primeros momentos de la implantación de la Interconsulta Virtual, con el MAP del Centro de Salud encargado del acceso al sistema para generar una teleconsulta.
 - a. Rellenará un informe con un conjunto mínimo de datos compuesto de antecedentes, anamnesis, localizaciones y diagnóstico.
 - b. Realizará 3 fotos de la lesión (panorámica, detalle y dermatoscopia- cuando sea necesaria) y las adjuntará a la teleconsulta.
 - c. Imprimirá y entregará un informe al paciente donde quedan reflejados los datos de la consulta así como de unas instrucciones que sirven para informar al paciente del sistema en el que está participando.
3. El MAP citará al paciente en un plazo máximo de 15 días para darle los resultados del dermatólogo, ya que éste se compromete a responder la teleconsulta en un máximo de 10 días.
4. En el caso de que el dermatólogo estime necesario que el paciente debe acudir a Atención Especializada para una exploración presencial, la Unidad de Citaciones del Centro de Especialidades o del Hospital se pondrá en contacto directamente con el paciente o le mandará un correo para indicarle la fecha y hora de la cita de presencia en el Hospital.
5. Si el paciente no ha acudido a su Centro de Salud a recoger los resultados del dermatólogo en la fecha en la que el MAP lo citó deberá acceder al sistema para ver la respuesta del especialista o si ha sido citado en Dermatología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1325

1. TÍTULO

PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

En el Servicio de Dermatología, se habilitará una agenda específica para citar a los pacientes que tras la valoración por Interconsulta Virtual requieran una consulta presencial.

PLAN PROPUESTO PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGÍA.

Durante el primer trimestre de 2020 se pondrá en marcha la Interconsulta Virtual de Dermatología una vez el entorno informático, en el que está trabajando el Servicio de Informática del Hospital Royo Villanova, esté preparado.

En cuanto el entorno informático esté disponible, se empezará por 3 Centros de Salud:

1. CS La Jota.
2. CS Actur Oeste.
3. CS Alfajarín.

El protocolo de selección de pacientes y derivación de los mismos ha sido comentado en el apartado anterior. Cada uno de los Centros de Salud dispondrá de un dermatoscopio y de acceso seguro al entorno informático para remitir la Interconsulta: fotografías e informes.

DISEÑO DEL PLAN DE FORMACIÓN.

Han sido formados 44 médicos de Atención Primaria, 2 de ellos pediatras, de 11 de los 13 Centros de Salud del Sector I de Zaragoza.

La formación se ha llevado a cabo por uno de los miembros de nuestro Servicio de Dermatología experto de dermatoscopia, el Dr. Alcalde, los días 4, 5 y 6 de noviembre en la Sala de Gerencia del Sector I de Zaragoza (Parque Goya) con el siguiente programa:

1. Lunes, 4 de noviembre de 2019.
 - a. Introducción a la Dermatoscopia.
 - b. Semiología Dermatoscópica.
 - c. Métodos diagnósticos.
 - i. Método en dos etapas.
 - ii. Análisis de patrones.
 - iii. Método de los tres puntos
 - d. Casos clínicos.
2. Martes, 5 de noviembre de 2019.
 - a. Nevus melanocíticos.
 - i. Nevus melanocíticos adquiridos.
 - ii. Nevus melanocíticos congénitos.
 - iii. Nevus atípicos.
 - iv. Nevus de Reed. Nevus de Spitz.
 - v. Nevus azul.
 - b. Melanoma.
 - c. Casos clínicos.
3. Miércoles, 6 de noviembre de 2019.
 - a. Queratosis seborreica.
 - b. Dermatofibroma.
 - c. Queratosis actínica.
 - d. Enfermedad de Bowen.
 - e. Carcinoma basocelular.
 - f. Carcinoma espinocelular.
 - g. Casos clínicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha dado respuesta a todos los indicadores (SI) planteados tal y como se ha argumentado en el apartado anterior (actividades realizadas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto ambicioso que va a mejorar la coordinación entre Primaria y Especializada en Dermatología. Ello redundará en la mejor priorización de los pacientes desde Primaria a la consulta del especialista mejorando las listas de espera.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1325 ===== ***

Nº de registro: 1325

Título
PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1325

1. TÍTULO

PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

INCORPORACION A LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE AT. PRIMARIA

Autores:

GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER, ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL, CONEJERO DEL MAZO RAQUEL, FUENTElsaZ DEL BARRIO VICTORIA, DEL PRADO SANZ MARIA ELENA

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: Se estudiará qué tipo de patología.
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La telemedicina representa una realidad en la atención sanitaria actual y es considerada estratégica por la Organización Mundial de la Salud. Además, mejora la provisión de servicios de salud en áreas con menor acceso a los recursos sanitarios, así como la calidad de la atención en áreas con menos dificultades de acceso a estos servicios. La teledermatología (TD) representa uno de los usos más habituales de la telemedicina. La TD ha demostrado ventajas en la mejora del acceso del paciente al dermatólogo en procesos cutáneos específicos y en dermatología general.

La TD es un instrumento complementario a la práctica de la dermatología y, por lo tanto, debe ser el dermatólogo el profesional que lidere el desarrollo de las iniciativas de TD asumiendo un papel coordinador en los equipos multidisciplinares tanto en el desarrollo como en el uso de la misma.

Como instrumento complementario de la práctica de la dermatología presencial, facilitaría la selección y priorización de los pacientes sin perjuicio de la necesidad de contar en todos los casos con la disponibilidad de la consulta presencial si se requiere. Por ello, debe incorporarse como parte de un proceso asistencial para responder a necesidades específicas identificadas (accesibilidad, priorización, coordinación entre niveles, seguimiento de crónicos, formación continuada, etc.). En consecuencia, es preciso definir qué etapa, qué actividad de un proceso concreto es susceptible de ser mejorada mediante TD estableciendo los procedimientos y definiendo bien los protocolos de derivación.

En el conjunto de actividades programadas de un servicio de dermatología, la TD debe contar con un tiempo específico para el desarrollo de todas las actividades relacionadas (agendas de teleconsulta, formación, incidencias técnicas, etc.). En relación con el equipamiento, es preciso el uso de equipos y software de uso sencillo para todos y la seguridad en la transmisión de datos, por lo que todo debe integrarse en los sistemas de información corporativos.

Cualquier profesional participante en un programa de TD deberá completar un plan de formación adaptado que debe actualizarse y mantenerse. Además, es fundamental implantar un sistema de control de calidad que garantice la mejora continua del programa.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Planificar y organizar la viabilidad de la interconsulta virtual (teledermatología) en el Sector I de Zaragoza.
 - 1.a. Selección de los pacientes.
 - 1.b. Priorización de los pacientes.
 - 1.c. Procedimientos de trabajo.
 - 1.d. Protocolo de derivación.
 - 1.e. Agendas y tiempos específicos.
 - 1.f. Equipamiento e integración en los sistemas de información corporativos.
 - 1.g. Plan de formación
2. La selección y priorización de los pacientes derivados redundaría en una mejora de las listas de espera.

MÉTODO

Para lograr los objetivos:

- Se coordinará con Atención Primaria del Sector I qué Centro de Salud se escogerá y qué profesionales del mismo para estudiar la puesta en marcha de este servicio con el fin de extenderlo al resto de Centros de Salud.
- Se estudiarán los tiempos necesarios de consulta en Atención Primaria: consulta médica, realización de las fotografías y remisión de las mismas.
- Se estudiarán los tiempos necesarios de consulta en Atención Especializada (dermatología) para el estudio y contestación de los casos remitidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1325

1. TÍTULO

PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DE DERMATOLOGIA EN EL SECTOR Z1 PARA SU INCORPORACION A CARTERA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA

INDICADORES

- Informe sobre el estudio realizado (SI/NO).
- Elaboración del protocolo de selección y derivación de pacientes (SI/NO).
- Plan propuesto para la puesta en marcha de la interconsulta virtual de Dermatología (SI/NO).
- Diseño del plan de formación (SI/NO).

DURACIÓN

- Abril-Junio 2019: Análisis de la situación. Estudio del proyecto. Informe.
- Julio 2019: Elaboración de los protocolos (selección y priorización de los pacientes).
- Septiembre-Diciembre 2019:
 - o Planificación tiempos necesarios en Atención Primaria y Especializada: agendas.
 - o Equipamiento necesario en consultas de Primaria y Especializada (dermatología).
 - o Integración sistemas informáticos corporativos.
 - o Plan de formación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0987

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 - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA PEÑA GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDO TREBOLLE JOSE
ESCARTIN VALDERRAMA JORGE
BLASCO SATUE ALICIA
RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN
NERIN DE LA PUERTA JUAN
PALERO MARIAM
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se adjuntan memorias de las 4 reuniones realizadas y acuerdos acordados

Acta Primera Reunion: PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

DIA Y HORA: 7 DE JUNIO 14.00

ASISTENTES:

· FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ESCARTIN VALDERRAMA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· NERIN DE LA PUENTE JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
· PALERO MARIAM DUE. H ROYO VILLANOVA
· PEÑA GONZALEZ ELENA MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

AUSENCIAS JUSTIFICADAS

.SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

ORDEN DEL DIA

Puesta de contacto con los integrantes del grupo de trabajo y base a mejorar

RESUMENES Y ACUERDOS

Se resume importancia del problema a tratar y se presenta material extraido tras búsqueda bibliográfica que será revisado mas detenidamente por los miembros del equipo. Se propone algoritmo de trabajo extraido de articulo de Panes y Rimola que se revisara.

Se comenta idoneidad de utilizar una nomenclatura en común en cuanto a la clasificación de las fistulas. La Dra. Blasco comenta plantilla sugerida desde la Sociedad de Radiología que se aportara al proyecto.

Se acuerda que los pacientes con sospecha de absceso perianal seran derivados al Servicio de Urgencias contactando con el cirujano de guardia. Se realizará valoración por el mismo y drenaje del mismo si se confirma lesión. La colocación de sedal laxo en ese momento dependerá de la facilidad del mismo en cada caso individual. Si no fuera posible su colocación, se solicitara una RM, y se realizara en un segundo tiempo.

Se comenta que generalmente no se ponen ATB al alta. Tras absceso drenado y colocado sedal se comenta que tambien seria recomendable la realizacion de RM para descartar otros trayectos o colecciones no drenadas de cara a inicio de tratamiento antiTNF

En pacientes con enfermedad fistulizante sin sospecha de absceso, se solicitara desde consulta de digestivo RM, colonoscopia y valoración por Cirugia. En caso de fistula compleja se comenta la necesidad de la colocación de sedales previo al inicio de tratamiento con antiTNF.

Se pregunta sobre tiempos previstos para la realización de RM comentando tiempos de unas 3 semanas.

Se pregunta sobre posibilidad de citar a estos pacientes en "huecos de consulta" o "huecos de quirófano" reservados para ellos no siendo posible según agendas actuales

CALENDARIO REUNIONES

Se intentara reunión en 2-3 semanas antes de periodo vacacional o en julio si no hubiera ningún integrante del grupo de vacaciones. Si no se postpondra a Septiembre

Próxima reunión a concretar . Siendo las 15:10 horas se da por finalizada la reunión.

Acta Segunda Reunion: PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

DIA Y HORA: 18 DE SEPTIEMBRE 2018 14.15

ASISTENTES:

- FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- ESCARTIN VALDERRAMA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
- RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
- NERIN DE LA PUERTA JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
- PALERO MARIAM DUE. H ROYO VILLANOVA
- PEÑA GONZALEZ ELENA MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

AUSENCIAS JUSTIFICADAS

- SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

ORDEN DEL DIA

Presentación y discusión de caso clínico
Discusión de pasos a seguir tras colocación de sedales y tratamiento médico
Discusión de plantilla de solicitud de RMN propuesta

RESUMENES Y ACUERDOS

- Se comenta caso clínico (NHC) de EC colon de larga data sin lesiones endoscópicas en tratamiento desde 2011 con antiTNF(infliximab) con buena respuesta clínica y leve/minima supuración actual. En RMN control presencia de absceso y fistula
Revisadas imágenes no se confirma absceso. Fistula tipo Grado II de St James pero con mínimo trayecto secundario. Niveles de fármacos inadecuado por presencia de ATIs. Se decide valoración en consulta de Cirugía. Si mínima afectación, se plantea inducción con ADA sin colocación de sedal previo. Se ha asociado Ciprofloxacino desde última visita.
Se incide en sistema de alerta ante hallazgos patológicos en prueba de imagen ambulatorio
- Tras pauta de inducción y respuesta clínica y endoscópica adecuada (16-24 semanas) se discute cuando estaría indicado retirar sedales y si es necesario o no realizar RMN previa. Se decide hacer RMN y retirada de sedales si no datos de actividad. Se acuerda indicar en el volante de petición junto al motivo de petición, la realización en 6 meses.
- Tras retirada de sedales, en caso de no cierre de fistula, se preguntan por las distintas opciones terapéuticas. Se explican posibilidad de LIFT, fibrin glue y en breve disponibilidad de células mesenquimales
- Se comenta plantilla propuesta por la SEDIA . Documento complejo. Se discuten los datos clínicos que necesita un Radiólogo y los que necesita el clínico para incluirlos en el volante de petición y en el informe de Radiología.
 - o Datos clínicos: Cirugía perianal previa y tipo de cirugía(drenaje absceso, fistulotomía, fistulectomía, colocación de sedal u otras). Actividad clínica
 - o Datos radiológicos: Tipo de Fistula(clasificación de St James), datos de actividad(trayecto hiperintenso T2/realce completo/periférico tras gadolinio) o de cicatrización(hipointenso T2) y presencia o no de abscesos

CALENDARIO REUNIONES

Se intentara reunión en 4-6 semanas, para presentar algoritmo definitivo

Próxima reunión a concretar . Siendo las 15:15 horas se da por finalizada la reunión.

Acta TERCERA Reunion: PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

DIA Y HORA: 27 de Noviembre 14 30

ASISTENTES:

- ESCARTIN VALDERRAMA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
- RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
- NERIN DE LA PUERTA JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
- PEÑA GONZALEZ ELENA MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

AUSENCIAS JUSTIFICADAS

- SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
- FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- PALERO MARIAM DUE. H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

ORDEN DEL DIA

Presentacion y discusión de 2 casos clinicos
Presentacion de boceto inicial del proyecto y discusión del mismo
RESUMENES Y ACUERDOS

- Se comenta caso clínico (NHC) de mujer de 56 años con EC colonica de larga data con 2 estenosis sin datos de actividad actual en tratamiento combinado con Infiximab y Metrotexate. Disminucion de calibre desde inicio de tratamiento pero imposibilidad de franquearla. Pauciasintomatica. Antecedentes de CCR en familiar de primer grado y talasemia menor. Una de las estenosis, angulada e irregular de 4,5 cms. Se plantean como opciones dilatación endoscópica o cirugía dado antecedentes y características de la estenosis. Valoradas imágenes, evolución y datos presentados se opta por intentar primero dilatación endoscópica
- Segundo caso clínico (NHC). Mujer de con EC ileocolica con debut en 2011. Patron inflamatorio con perianal previa asociada. Perdida de respuesta a ADA a pesar de intensificación con cambio a Ustekinumab en Julio con fracaso de respuesta en semana 16(2 ingresos desde inicio de tratamiento; primero semana 8 y segundo semana 16). Patron penetrante actual. Valorado imágenes, destaca extensión de 20 cms de ileon frente a los 10 cms reflejados en ultimo TAC . Se discute opciones de tratamiento actual, intentar segundo antiTNF o cirugía. Dado fracaso secundario a ADA con niveles optimos del mismo y patron penetrante actual se plantea opción quirúrgica como primera opción .
- Se presenta(ver adjunto) boceto inicial del proyecto de "MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL". Dada la hora se decide revisar material y discusion en próxima reunion

CALENDARIO REUNIONES

Se intentara reunión en plazo máximo de 1 mes, para presentar algoritmo definitivo . Siendo las 15:15 horas se da por finalizada la reunión.

Acta CUARTA Reunion: PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

DIA Y HORA: 17 de enero 2019 14 30

ASISTENTES:

- ESCARTIN VALDERRAMA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
- NERIN DE LA PUERTA JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
- PEÑA GONZALEZ ELENA MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

AUSENCIAS JUSTIFICADAS

.SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

.PALERO MARIAM DUE. H ROYO VILLANOVA

RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO

ORDEN DEL DIA

Presentacion y discusión de 3 casos clinicos
Discusion de boceto de proyecto.

RESUMENES Y ACUERDOS

- Se comenta caso clínico (NHC 286253) Sara Ferrer Mujer de 32 años con EC ileocolica diagnosticada en con perdida de seguimiento y sin tratamiento. Ingreso en Julio y octubre por pielonefritis por uropatía obstructiva con colocación de doble j en ambas ocasiones, retirado primero previo a reingreso. En TAC proceso inflamatorio presacro con escasa cantidad de liquido de 87mmde extensión longitudinal desde S1 hasta coxis. Confluencia y tracción a 12cm del margen anal, de recto superior y asa de ileon distal con trayectos fistulosos comunicantes con el área inflamatoria en ambos
Dado que paciente asintomatico y requerir resección compleja se decide inicio de tratamiento biológico(infliximab+/- IMN) con control estricto y valoración tras inducción.
- Segundo caso clínico (NHC). Victor Bosque Almudi. Enfermedad de Crohn ileal diagnosticado en Octubre con patron inflamatorio/penetrante de inicio. Tras inicio de ADA reingreso por uropatía obstructiva por afectación de plastrón inflamatorio que requirió colocación de tubo doble J. Tras alta nuevo reingreso por absceso psoas de 20cms. Se ha realizado drenaje percutáneo con éxito. Se decide dado fracaso a ADA(primario??) cirugía electiva tras estabilización y optimización de nutrición.
- Tercer caso clínico Elena EC ileal con ingreso por patron penetrante. AP de neo laringe hace 1 año. Se decide cirugía electiva dada la imposibilidad por AP de tratamiento biológico y/o IMN
- Se aprueba Proyecto de "MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

Se acepta boceto inicial sin modificaciones adicionales
Siendo las 15:15 horas se da por finalizada la reunión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se adjuntan protocolo definitivo

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

1. Si sospecha de absceso, el paciente será enviado al SU donde será valorado por el Cirujano de Guardia. Si se confirma la presencia de absceso, se realizará drenaje urgente. La colocación de sedal laxo en la misma intervención será individualizado según el caso.

En el informe de alta :

- Pauta de Antibiotico(ciprofloxacino 500/12 vs Metronidazol 500/12 horas hasta control por Digestivo. Preferiblemente cipro por su mejor tolerancia digestiva.
- Se solicitara volante para realización de RMN pélvica de control preferente
- Cita con Cirugia tras RMN. Si no se colocaron sedales o lesiones subsidiarias de drenaje en RMN o de colocación de nuevos sedales, se citara al paciente para colocarlos. Si sedales colocados y no presencia de mas fistulas complejas el paciente será valorado semana siguiente con Digestivo

2. Si presencia de fistula activa sin sospecha de absceso:

- Se comprobara estudio prebiologico y se solicitara valoración en consulta de ITL si no ha sido valorado o valoración superior a 1 año
- Se solicitara RMN
- Cita en Digestivo tras resultado de RMN
- Pauta de ATB hasta siguiente control.
- Rectoscopia preferente(máximo 15 dias)

En volante de RMN se indicara los siguientes datos clínicos: Numero de trayectos fistulosos y colocación horaria, cirugía perianal y tipo de cirugía previa y actividad clínica .

En el informe de RMN se indicara : Tipo de Fistula(clasificación de St James), datos de actividad(trayecto hiperintenso T2/realce completo/periferico tras gadolinio) o de cicatrización(hipointenso T2) y presencia o no de abscesos.

Si fistula simple y no proctitis se mantendrá tratamiento antibiótico durante 8-12 semanas. Si no respuesta se valorara fistulotomia.

Si fistula simple con proctitis se iniciara tratamiento con AZA/6MPT. Si no respuesta o tratamiento ya previo, se valorar escala con antiTNF

Si fistula compleja se citara preferente en Cirugía para colocación de sedal. Tras alta citar en 15 dias en digestivo para inicio tratamiento con antiTNF

En caso de fistula compleja con actividad luminal, tras inducción con antiTNF se solicitara rectoscopia para valorar curación mucosa (salvo calprotectinas < 50/100 en 2 determinaciones)

Si no respuesta se valorara intensificación. Si no respuesta cambio de biológico basado en niveles de farmaco. Si no respuesta estoma derivativo/proctectomia.

En caso de fistula compleja con CM y respuesta clínica, se solicitara RMN. Si no trayectos nuevos se retiraran sedales.

Si curación, se mantendrá tratamiento previo

Si no curación se valorara por Cirugia opciones disponibles()asociado a tratamiento medico previo

En caso de fistula compleja sin actividad luminal inicial y actividad persistente a pesar de tratamiento antitnf (nuevas fistulas clínicamente significativas o nuevos trayectos relevantes en RMN control) se valorara intensificación. Si no respuesta, cambio de biológico basado en niveles de fármaco. Si no respuesta manejo quirúrgico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

Tiempos aproximados

RMN inicial(3-4) semanas

RMN control(poner en volante tiempo). Se solicitara desde Digestivo tras respuesta a tratamiento(poner 6 meses)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valiéndonos del incomparable marco de interacción interdisciplinar que nos brindan las sesiones de trabajo sobre la enfermedad inflamatoria intestinal, se ha llevado a cabo la realización de un protocolo para el manejo de enfermedad perianal en enfermos con Enfermedad de Crohn. Todo ello tras la realización de una serie de pasos que ha incluido,

. Realizar una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema por parte de los distintos servicios que conforman este grupo de trabajo.

• Exponen las conclusiones extraídas de esas revisiones por parte de digestivo, cirugía y radiología, en las sesiones clínicas multidisciplinares de enfermedad inflamatoria intestinal.

• Elaborar un primer boceto de documento que aúne los ítems principales de las recomendaciones extraídas de las revisiones y sesiones clínicas previamente realizadas.

• Llevar a cabo sesiones clínicas en los tres servicios implicados para dar a conocer la problemática de la enfermedad perianal, con presentación del texto que recoja las recomendaciones generales nacionales e internacionales.

Recoger todas las aportaciones y consensuar entre todos cuales pueden ser los mecanismos más prácticos para poder implementar este modelo de actuación en nuestro hospital y presentar un protocolo adecuado a nuestro medio

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/611 ===== ***

Nº de registro: 0611

Título
PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

Autores:
PEÑA GONZALEZ ELENA, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, NERIN DE LA PUERTA JUAN MANUEL, FERNANDO TREBOLLE JOSE, ESCARTIN VALDERRAMA JORGE, BLASCO SATUE ALICIA, RODRIGUEZ BOROBIAGUSTIN, PALMERO PEREZ MARIAM

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:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con enfermedad de Crohn pueden presentar una afección perianal hasta en el 30% de los casos e incluso ser ésta la forma de debut de la enfermedad (4-9%). El manejo de esta patología es complicado e implican a varias especialidades en el mismo. No se dispone de una terapia curativa hasta la fecha, pero el tratamiento combinado médico quirúrgico puede mejorarlos de forma sustancial y mejorar su calidad de vida. Las guías clínicas actuales proponen diversos esquemas de trabajo pero siempre adaptándolas a las técnicas y profesionales disponibles en cada hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un algoritmo consensuado de manejo conjunto de los pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante perianal, teniendo en cuenta las posibilidades reales de técnicas radiológicas y terapéuticas de las que disponemos en nuestro hospital, consiguiendo así que sea aplicable en nuestro medio. Los objetivos derivados de esto son intentar uniformizar el proceso de actuación ante estos pacientes complejos, que a veces requieren de una actuación urgente y siempre combinada entre varios especialistas. Intentar disminuir la variabilidad interprofesional en el manejo de los pacientes con fistulas perianales.

MÉTODO

Valiéndonos del incomparable marco de interacción interdisciplinar que nos brindan las sesiones de trabajo sobre la enfermedad inflamatoria intestinal, que venimos desarrollando en nuestro hospital desde hace más de un año (produciéndose así un enlace de continuidad con el proyecto de calidad desarrollado por este mismo grupo en la pasada convocatoria):

- Realizar una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema por parte de los distintos servicios que conforman este grupo de trabajo.
- Exponer las conclusiones extraídas de esas revisiones por parte de digestivo, cirugía y radiología, en las sesiones clínicas multidisciplinares de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Elaborar un primer boceto de documento que aúne los ítems principales de las recomendaciones extraídas de las revisiones y sesiones clínicas previamente realizadas.
- Llevar a cabo sesiones clínicas en los tres servicios implicados para dar a conocer la problemática de la enfermedad perianal, presentación del texto que recoja las recomendaciones generales nacionales e internacionales. Recoger todas las aportaciones y consensuar entre todos cuales pueden ser los mecanismos más prácticos para poder implementar este modelo de actuación en nuestro hospital.
- Reevaluar todas las propuestas de mejora y ponerlas en común.

INDICADORES

.- La mejora en la coordinación de entre los servicios de cirugía, aparato digestivo y radiología en el manejo de los pacientes con EII.

.- Realizar actas de las sesiones clínicas con recogida de todas las propuestas realizadas.

.- Una vez consensuado el modo mejor de actuación en los pacientes con enfermedad fistulosa perianal, registrar los primeros pacientes que presenten este escenario clínico y monitorizar en ellos, si somos capaces de llevar a la práctica clínica los pasos que se hayan acordado; identificando los plazos en los que se realizan las exploraciones diagnósticas y las medidas terapéuticas.

DURACIÓN

Octubre - noviembre 2016:

.- Realización de una revisión exhaustiva de la bibliografía disponible en la actualidad sobre el mejor manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal con fístulas perianales.

Diciembre 2016-enero 2017:

.- Presentación de un resumen de los textos analizados, en tres bloques, por parte de los facultativos de radiología, digestivo y radiología, en el seno de las sesiones interdisciplinares de EII.

.- Fusionar en un documento, las aportaciones extraídas en cada sesión.

Febrero 2017:

.- Realización de reuniones entre el equipo elaborador del texto con los distintos servicios, comenzando por los jefes de servicio, para dar a conocer el proyecto.

Febrero-marzo 2017:

.- Recoger todas las aportaciones y posibles medios de aplicación en nuestro hospital del esquema de trabajo consensuado. Este proceso se presenta a priori como el más complicado y laborioso, que requerirá posiblemente de la colaboración de otros servicios médicos como anestesia y departamentos como el de citaciones. Discusión de cuáles son los procedimientos y cronología de actuación que pueda ser realmente plausible su realización en nuestro medio.

A partir abril de 2017:

.- Promover la utilización de la guía de trabajo elaborada.

.- Registrar dentro de las sesiones multidisciplinares de EII, los pacientes que se presentan con enfermedad perianal y cuál es su manejo, plazos de actuación...

.- Identificar y analizar cuáles son las mayores dificultades que se encuentra el protocolo de trabajo en el día a día, para poder implementar mejoras en el futuro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

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 - 2019/0626

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE SONIA MOSTACERO TAPIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ROYO VILLANOVA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BANDRES NIVELA MARIA OROSTIA
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
VIDAL PERACHO CONCEPCION
MONTROYA ARENAS JOSE JONATHAN
FERNANDO TREBOLLE JOSE
MENAL MUÑOZ PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. - Para llevar a cabo el proyecto de mejora y de acuerdo con los objetivos que nos propusimos se han realizado las siguientes actividades:
- Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema: esteatosis hepática no alcohólica en las siguientes bases de datos; PUBMED, COCHRANE y EMBASE en Mayo y Junio de 2019 por parte de los componentes del proyecto.
 - Se han realizado tres reuniones multidisciplinarias entre mayo y junio de 2019 entre los colaboradores del proyecto de mejora para establecer la metodología del proyecto, los protocolos a realizar y establecer el circuito mas eficaz para la recogida de pacientes.
 - Tras estas primeras reuniones y previa al inicio de la recogida de pacientes, se realizo una sesión clínicatmultidisciplinar en Junio de 2019 que incluyó a todos los componentes del servicio de Digestivo, Endocrinología, Cirugía (cirujanos responsables de la consulta de obesidad) Cardiología Grande Covián y enfermería de las consultas implicadas. En esta sesión se explico el proyecto a las especialidades indicadas y se desarrollaron y explicaron los siguientes puntos clave:
 - ? -Criterios de inclusión de los pacientes en el estudio:
 - Pacientes con riesgo de desarrollar enfermedad metabólica hepática;
 - o Pacientes con dislipemia (DLP).
 - o Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).
 - o Pacientes con obesidad.
 - o Pacientes con hipertensión arterial.
 - Pacientes ya diagnosticados de esteatosis hepática con ecografía.
 - Se definió como pacientes con dislipemia aquellos cuyo diagnóstico aparecía reflejado en el programa de Atención Primaria OMI, o aquellos que ya estaban en tratamiento con estatinas u otros hipolipemiantes o aquellos sin tratamiento que presentan una concentración elevada de lípidos incluyendo colesterol (Colesterol total >200, LDL >100), triglicéridos (>150) o ambos, o una concentración baja de colesterol rico en lipoproteínas de alta densidad (HDL< 40).
 - Se definió como pacientes diabéticos tipo 2 aquellos cuyo diagnóstico aparecía reflejado en el programa de Atención Primaria OMI, o aquellos en tratamiento con antidiabéticos orales, insulina, o ambos, o aquellos pacientes sin tratamiento, pero con glucosa en ayunas por encima de >126 mg/dl en dos determinaciones diferentes o por encima de 200 mg/dl en una sola determinación.
 - Se definió como pacientes obesos aquellos cuyo diagnóstico aparecía reflejado en el programa de Atención Primaria OMI, o aquellos con un IMC igual o superior a 30.
 - Se definió como pacientes hipertensos aquellos cuyo diagnóstico aparecía reflejado en el programa de Atención Primaria OMI, o aquellos en tratamiento hipotensor de cualquier tipo, o aquellos con cifras de tensión arterial iguales o superiores a 130/80.
 - En cuanto a la ecografía; los criterios radiológicos para definir pacientes con esteatosis se basaron en mayor hiperecogenicidad del parénquima hepático en relación con corteza renal y bazo, y atenuación hepática con pérdida o disminución de la visualización de estructuras profundas como vasos o segmentos posteriores hepáticos.
 - Criterios de exclusión
 - Pacientes menores de edad (< 18 años)
 - Esteatosis hepática de probable origen alcohólico; hombres con consumo mayor de 30 gr/día y mujeres con consumo mayor de 20 gr/día.
 - Pacientes con hepatitis B o C diagnosticada.
 - Pacientes con autoanticuerpos positivos para hepatitis de tipo autoinmune.
 - Se explicaron los diferentes índices que íbamos a utilizar para estimar riesgo de fibrosis avanzada y riesgo cardiovascular y cómo calcularlos.
 - ? -Se dieron las pautas de derivación a los diferentes especialistas y a atención primaria:
 - -Pacientes con alto y medio riesgo cardiovascular se realiza interconsulta nominal a Cardiología (Dr Montoya) en CME Grande Covián para la evaluación pertinente.
 - -Pacientes con alto riesgo de fibrosis hepática según el score NAFL FS se derivan para seguimiento a consulta de enfermedades hepáticas para realizar el estudio y tratamiento pertinente.
 - -Derivación de pacientes a consultas de Endocrinología y/o cirugía de la obesidad mórbida en pacientes que así lo precisen.
 - Derivación de pacientes con bajo riesgo de fibrosis hepática y bajo riesgo cardiovascular con control en Atención Primaria con analítica anual y ecografía abdominal cada dos años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0626

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA

- Forma de remisión nominal de volantes a Radiología (Dra Menal) y a Cardiología (Dr Montoya). Se presentó el diseño del estudio de tipo observacional descriptivo-analítico para responder a los objetivos propuestos.
- -Presentación de hoja excel de recogida de datos y registro de pacientes.
- Variables recogidas:
 - Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica.
 - Edad en el momento de la recogida de datos: variable cuantitativa continua.
 - Procedencia del sujeto: variable cualitativa nominal policotómica.
 - Variables referentes a antecedentes personales previos
 - ? Antecedentes personales de diabetes mellitus: variable cualitativa nominal dicotómica, pudiendo tomar valores SÍ/NO.
 - Antecedentes personales de hipertensión arterial: variable cualitativa nominal dicotómica, pudiendo tomar valores SÍ/NO.
 - Antecedentes personales de dislipemia; variable cualitativa nominal dicotómica, pudiendo tomar valores SÍ/NO.
 - Antecedentes personales de cirugía bariátrica; variable cualitativa nominal dicotómica, pudiendo tomar valores SÍ/NO.
- ? Variables referentes a parámetros antropométricos en el momento de la recogida de datos
 - Peso, Índice de masa corporal (IMC), tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), tensión arterial media (TAM): variables cuantitativas continuas.
- ? Parámetros analíticos
 - Hb1aC; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de colesterol total; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de triglicéridos; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de HDL; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de LDL; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de GOT; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de GPT; variable cuantitativa continua.
 - Niveles de GPT; variable cuantitativa continua.
- ? Variables en cuanto a pruebas complementarias
 - Realización de ecografía abdominal y presencia de esteatosis; variable cualitativa nominal dicotómica, SÍ/NO.
 - ? Variables en cuanto a medición de escalas para valoración de riesgo cardiovascular, riesgo de fibrosis hepática y riesgo cardiovascular específico en diabéticos
 - Escala SCORE; variable cuantitativa discreta.
 - Escala NAFDL fibrosis score ; variable cuantitativa continua.
 - Escala UKPDS; variable cuantitativa continua.
 - Escala ASCV Risk Estimator Plus: variable cuantitativa continua.
 - ? Variables en cuanto a tratamiento farmacológico
 - ? Se recogió información sobre la exposición a los siguientes fármacos y grupos farmacológicos:
 - ? Tratamiento con ADOs; variable cualitativa nominal dicotómica, SÍ/NO.
 - ? Tratamiento con insulina; variable cualitativa nominal dicotómica, SÍ/NO.
 - ? Tratamiento en combinación con insulina + ADOs; variable cualitativa nominal dicotómica, SÍ/NO.
- Se crearon los accesos directos de scores y carpeta específica del estudio con el nombre de esteatohepatitis en los ordenadores en las principales consultas implicadas.
- Se realizaron protocolos los protocolos de derivación y se dejaron en un sobre colgados en los tableros de las consultas implicadas.
- Se comenzó recogida de pacientes de forma prospectiva a partir de Julio de 2019 hasta Octubre de 2019 (se amplió un mes más de lo previsto por la disminución de la actividad de consultas por las vacaciones estivales).
- En Agosto de 2019 y previa reunión del equipo del proyecto hizo una modificación del protocolo en cuanto a la estratificación del riesgo cardiovascular ya que el score utilizado previamente (ASCV Risk Estimator Plus) no incluía a pacientes con edad avanzada y/o valores bajos de LDL-colesterol en paciente que tomaban estatinas decidiéndose emplear los scores validados que emplean por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) para lípidos y diabetes con acceso público desde las herramientas de su página web que permitían incluir los pacientes antes mencionados. Dichos scores son: SCORE para pacientes sin diabetes y el UKPDS para pacientes con diabetes mellitus. Se decidió, así mismo, que los pacientes a los que previamente se había aplicado el score seleccionado para el estudio y que no había dado problemas de inclusión se mantuvieran sin cambios ya que se había iniciado ya el circuito de derivación a Cardiología en los pacientes que lo habían requerido (riesgo alto e intermedio).
- En Septiembre se hizo reunión recordatoria sobre el cambio de score y la ampliación del plazo de recogida de pacientes a las diferentes personas implicadas en el proyecto para que lo difundieran a sus colaboradores.
- Entre los meses de Noviembre y Diciembre de 2019 se fusionaron las tablas Excel provenientes de las diferentes consultas y se terminaron de completar los datos provenientes de ecografías y analíticas e interconsultas a especialistas y petición de fibroscan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0626

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Para llevar a cabo el análisis de perfil epidemiológico de la EHNA se realizó un análisis descriptivo de las variables a estudio. Para variables cualitativas se aportan frecuencias relativas y absolutas. Las variables cuantitativas se expresan en media, desviación estándar, mediana, porcentaje y desviación típica. Para analizar la relación entre las variables a estudio se realizó un análisis bivariante. Se aplicó el test de SPEARMAN para demostrar la relación entre variables cualitativas y cuantitativas para datos no paramétricos y todas las variables cuantitativas se compararon mediante el análisis de la varianza (ANOVA). Se comprobó que las variables seguían una distribución normal o no mediante la fórmula de Kolmogorov-Smirnov. En el análisis multivariante se utilizó la regresión logística binaria o de Cox. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0. Se estableció el nivel de significación estadística para un p valor menor a 0.05.

- En esta tabla se han hallado tablas de frecuencia de EHNA en las diferentes especialidades, así como las frecuencias de las diferentes variables analizadas en la tabla entre los meses de julio-Octubre.
- Del análisis estadístico que se ha realizado de esta tabla se desprenden los siguientes resultados que eran objetos del estudio:
 - Se han incluido en el estudio un total de 139 pacientes (72 M, 67 V), de los cuales el 41,7% provenía de las consultas de digestivo-hepatología, 23% de las consultas de cirugía-obesidad y el 35,3% de las consultas de endocrinología-diabetes.
 - La prevalencia de esteatosis hepática en las consultas de cada especialidad ha sido la siguiente:
 - Consultas de cirugía de la obesidad preoperatorio: 66%
 - Consultas de digestivo: 22%
 - Consultas de endocrino -diabetes 58%
 - La prevalencia de HTA, DM y dislipemia en estos pacientes fue del 56,8%, 48% y 65% respectivamente.
 - En cuanto a los scores de riesgo cardiovascular a 10 años que se hizo a la población con EHNA, el 23% presentaba alto riesgo de enfermedad cardiovascular; el 12% riesgo intermedio y el 64% presentaban riesgo bajo de patología cardiovascular
 - El 100% pacientes con riesgo alto y riesgo intermedio han sido derivados a control por especialista en Cardiología en CME Grande Covian.
 - En cuanto al riesgo de fibrosis hepática de los pacientes con esteatosis hepática de nuestra población, el 20,9% presenta un índice de fibrosis de NAFLD SCORE alto correspondiente a grado de fibrosis f3-F4. (En estos pacientes se ha comenzado con control de factores de riesgo que ha incluido dieta hipograsa, medidas higiénico dietéticas y se han pautado los controles pertinentes en la consulta de enfermedades hepáticas y el 3,4% de los pacientes de alto riesgo ha sido derivado a consultas de cirugía bariátrica para valorar tratamiento quirúrgico de obesidad.
 - Así mismo del estudio estadístico de los datos obtenidos del que se desprende lo siguiente:
 - Hemos analizado los diferentes parámetros analíticos atendiendo al servicio del que proceden (Digestivo, Endocrino, Cirugía) mediante análisis ANOVA de un factor, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la tensión arterial sistólica (TAS) $p < 0,0001$, tensión arterial media (TAM) y alanina aminotransferasa GPT ($p = 0,048$).
 - Cuando realizamos análisis de Spearman, en el estudio se ha estudiado la relación existente entre los dos scores empleados (NAFLD y SCORE/UKPDS/ASCVREP) y los diferentes parámetros analíticos. En relación al primer score se ha encontrado una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el índice de NAFLD y la TAS (Rho de Spearman 0,269; $p = 0,001$) así como NAFLD e IMC / Rho de Spearman 0,349; $p = 0,349$
 - Se han realizado dos análisis multivariantes (ambos scores evaluados: fibrosis hepática y riesgo cardiovascular), encontrándose relación positiva con todos los factores analizados, siendo la GPT el parámetro analítico con mayor peso específico en ambos (5,4; $p < 0,001$ en relación al NAFLD); (6,3; $p < 0,001$ en relación al SCORE).
 - Otro de los objetivos planteados ha sido evaluar el cumplimiento del protocolo por parte de las diferentes especialidades, se ha analizado los datos de la tabla excel recogida hasta diciembre de 2019 y en cuanto al cumplimiento de la recogida de valores analíticos este ha sido del 100% para variables (tensión arterial, diabetes mellitus, peso, índice de masa corporal, tipo de tratamiento antidiabético, excepto en la variable perímetro abdominal que ha sido recogida en el 73,3% de los pacientes incluidos ya que hubo unas semanas que estuvo extraviada la cinta métrica). Se han realizado el 100% de los scores indicados en el protocolo, así como las interconsultas de derivación a Cardiología requeridas y se han realizado o bien ecografía (33% pacientes) o índice de hígado graso (FLI) (23% pacientes) a los pacientes que no tenían ecografía en los últimos 2 años, incluyéndose en el estudio aquellos con un índice FLI de alta probabilidad de esteatosis.
 - En cuanto al protocolo de derivación a atención primaria en aquellos pacientes con riesgo bajo de fibrosis y factores de riesgo cardiovascular bajo se ha cumplido en un 100%, dándose de alta con control analítico anual en atención primaria y reevaluación ecográfica en dos años de acuerdo al protocolo realizado basado en las guías clínicas de las principales sociedades científicas europeas y americanas en hepatología (EASL y ASLD).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Existe evidencia científica consistente que considera la EHNA como una manifestación hepática del síndrome metabólico, teniendo una alta prevalencia, lo que implica una mayor relevancia en cuanto a la detección precoz de este síndrome; además hay que tener en cuenta que la EHNA es una enfermedad asintomática, que frecuentemente no muestra alteraciones analíticas relevantes al inicio y que en la mayoría de los estudios de prevalencia se determina mediante ecografía por lo que resulta de gran importancia poner de manifiesto la necesidad de un protocolo para el diagnóstico temprano, manejo, y tratamiento de aquellos pacientes afectados. Con este estudio hemos querido poner de manifiesto la frecuencia de esta enfermedad en la práctica clínica habitual concretamente en especialidades que tratan pacientes con factores de riesgo que si bien lo hemos limitado por razones metodológicas del proyecto a Endocrinología,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0626

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA

Digestivo y Cirugía de la obesidad, afecta a otras muchas especialidades como son Cardiología, Neumología, Neurología, Medicina interna etc. Así mismo hemos querido resaltar la necesidad de realizar protocolos de actuación unificados que permitan estratificar a estos pacientes por riesgos tanto de eventos cardiovasculares como de riesgo de fibrosis hepática que permitan llevar a cabo las actuaciones clínicamente indicadas en cada caso y así optimizar los tratamientos existentes que puedan permitir modificar la evolución de esta enfermedad.

7. OBSERVACIONES. La modificación del calendario ampliándola a Octubre la recogida de pacientes, no ha modificado la obtención final de los datos del estudio.

- Al no disponer de perímetro abdominal de un 26,7% de los pacientes en dichos pacientes no se ha podido obtener el índice Fli pero se ha obtenido dato de esteatosis hepática mediante la realización de ecografía abdominal.

- Para completar el proyecto, siendo uno de los objetivos la realización del fibroscan en los pacientes que clínicamente estuviese indicado, se realizó en septiembre formación on line gratuita y acreditada dentro del proyecto hepatoscan de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) por parte de responsable de hepatología Dra Mostacero. Una vez acabada la formación, en octubre, se solicitó a través de dicha sociedad científica la posibilidad de disponer de fibroscan prestado en el hospital durante dos semanas para poder realizar el fibroscan de los pacientes pero no se obtuvo autorización de la dirección del hospital para el préstamo por lo que se han derivado tal y como nos indicó la dirección al Hospital Miguel Servet donde se hace fibroscan, por lo que no hemos podido obtener ese dato en el estudio ya que actualmente al cierre del mismo hay peticiones de fibroscan pendientes de ser atendidas.

- Así mismo el proyecto presenta las siguientes limitaciones mas importantes : tiene un tamaño muestral pequeño lo que limita los resultados del estudio estadístico y las limitaciones de ser un estudio longitudinal.

----- PROYECTO DE REFERENCIA ----- (Año 2019 N°Reg 626) -----

Nº de registro: 0626

Título
PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACION, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPATICA

Autores:
MOSTACERO TAPIA SONIA, BANDRES NIVELA MARIA OROSIA, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, VIDAL PERACHO CONCEPCION, MONTOYA ARENAS JOSE JONATHAN, FERNANDO TREBOLLE JOSE, MENAL MUÑOZ PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) es la causa mas frecuente de hepatopatía crónica en nuestro medio y se prevee un incremento de su incidencia en los próximos años asociada a incremento de la obesidad, diabetes síndrome metabólico. La prevalencia del EHGNA es elevada se estima dealrededor de un 25% en población adulta que aumenta el paralelo a la prevalencia de las enfermedades metabólicas.

Debido a la alta prevalencia de EHGNA se deben plantear estrategias de cribado, siendo de utilidad para la detección

de fibrosis hepática significativa así como pacientes con alto riesgo cardiovascular que va a requerir un manejo multidisciplinar . Los marcadores serológicos de fibrosis, la ecografía y el fibroscan pueden ser usados para indentificar aquellos con bajo o alto riesgo de avanzada fibrosis.La EHGNA se asocia de manera independiente a un aumento del riesgo cardiovascular y la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en los pacientes con EHGNA además de las morbimoratlidad por causa hepática derivada de

los estadios avanzados de fibrosis y cirrosis de la enfermedad avanzada. Es una enfermedad multifactorial, prevalente, silente con un alto impacto en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0626

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO EN LA IDENTIFICACIÓN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMEDAD METABOLICA HEPÁTICA

salud y en el coste sanitario, lo que hace necesario plantear protocolos y estrategias de cribado, manejo y coordinación entre los profesionales que atendemos estos pacientes.
Este proyecto supone una oportunidad de mejora ya que va a aumentar el conocimiento de esta enfermedad actualmente silente e infradiagnosticada pero con gran repercusión en la salud de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Valorar el riesgo cardiovascular en los pacientes de intermedio y alto riesgo de acuerdo con los algoritmos y scores europeos (ASCVD Risk Estimator plus/regicore)
* Valoración del riesgo de fibrosis avanzada o cirrosis para identificar a los pacientes con mayor morbimortalidad para su consiguiente manejo específico.
* Realizar un protocolo de actuación mediante pruebas analíticas, de imagen no invasivas
* Realizar protocolo de derivación a Atención Primaria

MÉTODO

Reunión inicial del grupo multidisciplinar definiendo las actividades a realizar y recursos necesarios.

- Identificación criterios diagnósticos y de derivación. Realización de protocolo
- Evaluación clínica, analítica, antropométrica, calculadoras de cribado y de riesgo cardiovascular, morfológica
- Establecer un calendario de realización de la ecografía y hepatoscán.
- Se adecuarán si es necesario las agendas de los profesionales implicados.

INDICADORES

Análisis del perfil epidemiológico de la EHNA en las poblaciones de riesgo de nuestro medio:

- Prevalencia de estatois hepática y esteatohepatitis con sus diferentes grados de fibrosis en pacientes con hipertransaminasemia, Dm tipo 2 y Obesidad Mórbida.
- % de pacientes con alto riesgo cardiovascular en poblaciones de alto riesgo de EHNA
- % de pacientes con fibrosis significativa en poblaciones de alto riesgo de EHNA
- Análisis del grado de cumplimiento del protocolo una vez implementado en las diferentes especialidades implicadas y en atención primaria

DURACIÓN

Abril-junio 2019. Elaboración del protocolo.

- Julio 2019-Diciembre 2019 puesta en marcha del protocolo, con evaluación basal de los pacientes, Durante este tiempo se estratificaran riesgo, se realizara ecografía / fibroscán a los pacientes que así lo requieran
- Primer trimestre 2020 recogida de resultados de la implantación del proyecto y datos epidemiológicos de la enfermedad, finalización del proyecto y realización de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA VILLA GAZULLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MALO FINESTRA LAURA
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE
SARASA CLAVER PILAR
GARCIA EGEA JORGE
SIESO GRACIA MARIA RUTH
DIAZ CORNELL MARCOS
MATIA SANZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

4 reuniones del Equipo de Trabajo. 14/01/19, 19/02/19, 23/07/19 y 13/12/19.

Se han revisado las patologías susceptibles de poder ser derivadas a la hospitalización domiciliaria desde los Servicios de Medicina Interna, Traumatología, Digestivo, Cirugía General, Neurología, Urología y Servicio de Urgencias.

Se ha revisado el Protocolo de la Sociedad Española de Hospitalización domiciliaria y se está trabajando en la adaptación de los criterios de derivación de los diferentes Servicios en el Hospital Royo Villanova. Para cumplir con el objetivo de potenciar la concienciación y crear cultura en el Hospital se ha realizado un plan de sesiones informativas en los siguientes Servicios:

- o Sesión con el Servicio de Digestivo para revisar las indicaciones de Hospitalización domiciliaria que proponía el Servicio y adecuarlas a los criterios de la Sociedad Española.
- o Sesión con el Servicio de Endocrinología. Se está trabajando en el Protocolo de derivación Hospitalización domiciliaria en Nutrición parenteral aguda. Pendiente de trabajar con el Servicio de Farmacia para la dispensación de preparados nutricionales. Reunión prevista con Digestivo-Endocrino-Farmacia en enero 2020.
- o Sesión con el Servicio de Traumatología. Adecuación de criterios y aclaración de dudas en la propuesta de lumbociática con bomba de analgesia.
- o Sesión con el Servicio de Cirugía
- o Sesión con el Servicio de Neumología.
- o Sesión con el Servicio de Urgencias. Con la formación de los facultativos nuevos en los criterios de derivación a la Hospitalización domiciliaria.
- o Sesión para los MIR.
- o Se está trabajando en la posibilidad de derivación directa desde Atención Primaria para tratamiento de infecciones con antibioticoterapia IV y pacientes reincidentes.

Se han diseñado Posters para cada Servicio con las indicaciones de derivación por especialidad. Pendiente de logos corporativos.

Se ha revisado el circuito interno y de asignación de pacientes y fijado los criterios de selección: análisis detallado de cada paciente; diagnóstico correcto antes del alta hospitalaria y envío a la Unidad; análisis exhaustivo de la situación familiar y el entorno familiar; que se prevea el alta en un tiempo razonable; estancia Media de 10-12 días (excepto en los tratamientos antibióticos de larga duración); análisis del Sector geográfico (isocrona de 30'); búsqueda activa de pacientes; se ha hablado con la Empresa Linde, suministradora del O₂ para el suministro en horario de tarde; se realizan sesiones mensuales con Enfermería; se ha instalado un buzón depositar las Hojas de interconsulta, que son revisadas directamente por el personal de la Unidad; se dispone de ordenadores portátiles con conexión a Internet para registrar la actividad clínica en la HCE, trabando ya en el registro del Curso clínico.

Se está trabajando en la idea de ampliar los criterios de admisión y de la posibilidad de crear una Unidad de paliativos en Hospitalización Domiciliaria para asumir pacientes en situación terminal con sedación paliativa con posibilidad de atención las 24 horas. Para ello habrá que recalificar las camas, pues estos pacientes tendrán una EM más elevada. Estos GRD se separaran del resto para el análisis de la actividad.

Se actualizaran todos los documentos y se valora la posibilidad de solicitar la acreditación ISO de la Unidad.

Se ha realizado una encuesta de satisfacción cuyos resultados están pendientes de evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisión del Protocolo de la Sociedad Española de Hospitalización domiciliaria y adaptación de los criterios de derivación en nuestro Hospital Royo Villanova.
Plan de sesiones de difusión de los criterios.
Diseño de posters con criterios de derivación por Servicio.
Revisión del circuito de funcionamiento interno.
Inicio de trabajo en el Curso clínico de la HCE.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Inicio del trabajo de documentación de toda la organización del Servicio para acreditación de la Unidad en la Norma ISO 9001.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

INDICADORES

% utilización de camas de Hospitalización domiciliaria: Objetivo 90-100%
95,16%*/66,29%**

*Sobre camas abiertas.

**Sobre total de camas teóricas. No valorable por nueva forma de definición del tipo de cama.

Estancia media: 10-12 días: HP HIS 2019 9,71

Cálculo de la variación en % 2019/2018: +19.71 (En todo caso inferior a 10 días)
Por Unidad de enfermería:

Año 2018: 8.16

Enero-noviembre 2019: 9.76

Tasa de reingresos: Prácticamente nula.

% de satisfacción encuestas. >90 %: Realizada. Pendiente de valoración.

7. OBSERVACIONES.

El objetivo del trabajo era propiciar un uso más óptimo de los recursos de la Unidad de Hospitalización del Sector Zaragoza I, habiéndose conseguido un gran avance en la concienciación de los profesionales para potenciar la derivación de pacientes que cumplen los criterios fijados y que son susceptibles de poder disfrutar de esta modalidad de hospitalización con una calidad asistencial óptima.

El Equipo de trabajo se ha implicado en la revisión de los criterios de derivación por Servicio y se ha realizado una importante labor de difusión y de concienciación. También se ha mejorado en el funcionamiento interno de la Unidad y su relación con el resto de Servicios.

Si bien, quedan pendientes cuestiones importantes como seguir con la protocolización, el plan de difusión y el diseño definitivo de los posters. También trabajar la posibilidad de derivación directa desde Atención Primaria y la admisión de pacientes paliativos en situación terminal. Por último, trabajar en la preparación y actualización de toda la documentación para la acreditación ISO de la Unidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/273 ===== ***

Nº de registro: 0273

Título
OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
VILLA GAZULLA MARIA TERESA, FERRANDO VELA JUAN, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, SARASA CLAVER MARIA PILAR, MALO FINESTRA LAURA, GARCIA EGEA JORGE, ROSELL ABOS MARIA TERESA, SIESO GRACIA RUT

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: Patologías susceptibles de Hospitalización domiciliaria de las especialidades implicadas
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hospitalización a domicilio consiste en la prestación de servicios sanitarios especializados en el domicilio del paciente, de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

hospital.

Tiene como objeto situar al paciente en su entorno sociofamiliar, una vez superada la fase de mayor riesgo de su enfermedad en el hospital, antes de dar por enteramente curado su proceso, consiguiendo de este modo un modelo sanitario más económico y una atención más humana.

La Hospitalización a domicilio del Hospital Royo Villanova intenta mejorar continuamente la atención que se presta en el domicilio de los pacientes, aproximando cada vez más el hospital a casa, ofertando mayores prestaciones y permitiendo trasladar al paciente más tempranamente a casa con las ventajas que de ello se derivan.

En resumen, se persigue la mejora en la utilización de los recursos, procurando la obtención de los mejores resultados. Por tanto, este Proyecto tiene como objeto aprovechar los recursos que actualmente dispone la Hospitalización domiciliaria del Hospital Royo Villanova al mayor número de pacientes que lo necesiten y lo deseen.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la utilización de los recursos con los que actualmente cuenta la Hospitalización domiciliaria del Hospital Royo Villanova, para los pacientes susceptibles de ser atendidos en esta modalidad asistencial, por parte de todos los servicios médicos o quirúrgicos implicados en la atención de estos pacientes y desde cualquier área asistencial.

Revisar las patologías susceptibles de ingreso en hospitalización domiciliaria.

Revisar los protocolos y circuitos de derivación y de envío de pacientes.

Aumentar la utilización de las camas disponibles.

Ajustar la estancia media.

En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO

Grupo de trabajo multidisciplinar que, en reuniones periódicas, analizará las causas de la escasa utilización de este recurso sanitario, revisará los protocolos y circuitos de derivación y las patologías susceptibles de ser atendidas en hospitalización domiciliaria.

Con el Servicio de Medicina Interna como eje del proyecto se mantendrán reuniones con los Servicios cuyas patologías sean susceptibles de ingreso en esta modalidad asistencial para concienciar de sus beneficios y potenciar así su utilización.

Se analizarán los datos disponibles y se trabajará para ajustar la estancia media a los estándares óptimos.

INDICADORES

% utilización de camas de Hospitalización domiciliaria. 100%

Estancia media. <10-12 días

% de satisfacción encuestas. >90 %

Revisión de criterios y patologías susceptibles de ingreso. Protocolo de patologías susceptibles de HD por servicio implicado. 100%I

Consumo farmacéutico

Infección nosocomial

DURACIÓN

Febrero 2019: Creación del grupo de trabajo. Análisis de situación, fijación de objetivos y adecuación del cronograma de actuación.

Marzo: Análisis de las causas de la escasa utilización, revisión de patologías y circuitos.

Marzo-Mayo 2019:

- Diseño del plan de difusión para optimización de la demanda.
- Seguimiento de indicadores.

Septiembre 2019: Corte evaluación de los indicadores.

Diciembre 2019-Enero 2020: Evaluación y cierre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0888

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN CABREJAS GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE
CEBRIAN GARCIA CARMELO
REMON GARIJO LOTO
SANZ MONCASTI PILAR
PADRON RODRIGUEZ NOELIA
GARCIA GARCIA JOSE ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una reunión conjunta el servicio de Endocrinología y el servicio de Radiología, con el fin de buscar una manera objetiva de valorar, las distintas características de los nódulos tiroideos, y poder por tanto seleccionar de manera adecuada y rentable, cuáles serían los nódulos seleccionados para punción con aguja fina. Se han valorado las recomendaciones de punción nodular tiroidea de las diferentes guías actuales y se ha propuesto la valoración TIRADS con modificación de 2017, para poder facilitar la selección de una manera más objetiva. Además se ha realizado una reunión con Anatomía Patológica para unificar todos los diagnósticos de las punciones tiroideas y utilizar siempre la clasificación de Bethesda, para que de una manera sencilla y rápida, podamos valorar según el grado de clasificación, cuáles son los nódulos seleccionados para tratamiento quirúrgico por sospecha de malignidad. Además se han revisado todas las tiroidectomías totales y hemitiroidectomías que se han realizado durante el año 2018, para analizar la correlación clínico-ecográfica con la paaf preoperatoria y el diagnóstico definitivo de la pieza quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018 se han realizado un total de 38 cirugías tiroideas, siendo el 74% de los casos tiroidectomías totales y un 26% hemitiroidectomías. La edad media de los pacientes intervenidos fueron 52 años con un tamaño medio de nódulo de 3 centímetros y con normofunción tiroidea. De este total de pacientes, la gran mayoría tenían paaf preoperatoria (33 de 38) pero hubo 5 pacientes que no tenían previa, por tener indicación quirúrgica diferente a la patología nodular.

Del total de punciones nodulares se clasificaron según el sistema de Bethesda en 2 casos como tipo I, 15 casos como tipo II, 7 casos como tipo III, 3 casos como tipo IV, 6 casos como tipo V y ninguna como tipo VI. A la hora de analizar la pieza quirúrgica, de los 17 pacientes que tuvieron la calcificación de Bethesda tipo I o II el resultado fue que 15 pacientes tuvieron diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica de benignidad y en 2 pacientes se diagnosticó hallazgo de cáncer de manera incidental. Del conjunto de los 9 pacientes englobados como sospecha de malignidad con la clasificación IV y V de Bethesda, 6 pacientes presentaron cáncer de tiroides y 3 pacientes fueron muestras benignas, lo que supuso un 33% de no concordancia con el diagnóstico preoperatorio. Del total de 7 pacientes con una clasificación tipo III de Bethesda, 3 fueron benignos y 4 tuvieron cáncer tiroideo. El porcentaje de acierto de la clasificación preoperatoria fue de un 80%, teniendo en cuenta que el resultado indeterminado tipo III de Bethesda no se tuvo en cuenta para este análisis. En cuanto a las características de los nódulos tiroideos, el 70 % de los nódulos formaban parte de un bocio multinodular. La mayoría tenían normofunción tiroidea con una presencia de anticuerpos tiroideos en la mitad de la muestra. Se observó que eran más frecuentes en mujeres (79%), con márgenes bien definidos y con forma regular. Tan sólo un 14% presentaron microcalcificaciones y ninguno presentó macrocalcificaciones. el 67% eran isoecoicos frente a un 33 % que fueron hipoecoicos. UN 76% fueron sólidos, 21% mixtos y 3% quísticos. En cuanto al halo hipoecoico alrededor la mitad sí que tenía frente a la otra mitad que no. El 59% eran de localización derecha, 38% localización izquierda y un 3% en istmo. Tan sólo se observaron adenopatías patológicas en un 6% de los casos. El resultado final de todas las piezas quirúrgicas operadas supuso un 66% de pieza benignas, un 16% de piezas malignas ya sospechadas antes de la cirugía y un 18% de cáncer incidental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En cuanto a la consecución de objetivos, hemos conseguido que todas las punciones de nódulos tiroideos vengán informadas siguiendo la clasificación de Bethesda. Tan sólo un 6% de los nódulos intervenidos presentaron muestra insuficiente. El porcentaje de acierto de la clasificación preoperatoria fue de un 80%, teniendo en cuenta que el resultado indeterminado tipo III de Bethesda no se tuvo en cuenta para este análisis. En cuanto a lo que queda pendiente es a la aplicación generalizada de la clasificación TIRADs para la clasificación de los nódulos tiroideos, para permitir una mejor selección de cuáles son los candidatos a puncionar para ampliar el estudio de los mismos. Queda pendiente además valorar aquellos resultados preoperatorios pre-cirugía que no fueron acorde con el resultado de la cirugía final para valorar qué factores han influido y poder reconocerlos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0888

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

Este proyecto va a presentar continuidad y valoración anual. Hasta cuando se puede revalorar y cuando por tanto termina?

*** ===== Resumen del proyecto 2018/888 ===== ***

Nº de registro: 0888

Título
EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

Autores:
CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, CEBRIAN GARCIA CARMELO, REMON GARIJO LOTO, SANZ MONCASI PILAR, PADRON RODRIGUEZ NOELIA, GARCIA GARCIA JOSE ALEJANDRO

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: NÓDULOS TIROIDEOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA PRÁCTICA CLÍNICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El nódulo tiroideo es una patología muy frecuente en la práctica clínica diaria. Su prevalencia es 10 veces mayor en el sexo femenino que en el masculino, aumentando linealmente con la edad, con la exposición a radiaciones y con el déficit de yodo .
Los nódulos tiroideos se presentan clínicamente de forma muy heterogénea; a veces son detectados por el propio paciente, a veces aparecen tras la exploración médica y cada vez más frecuentemente surgen como un hallazgo incidental. El riesgo de desarrollar un nódulo tiroideo a lo largo de la vida es aproximadamente de un 15%.
Los nódulos tiroideos deben ser estudiados para descartar malignidad. Así, no hay duda de que el principal reto diagnóstico del nódulo tiroideo es discernir su benignidad/malignidad de forma segura y rentable.
Actualmente, la ecografía cervical se ha convertido en la técnica de imagen más sensible y precisa para la evaluación radiológica de los nódulos tiroideos y su uso está recomendado por todas las sociedades científicas.
La mayoría de los estudios recientes sobre ecografía tiroidea se han centrado en cómo puede ayudar la ecografía a distinguir entre un nódulo benigno y maligno. Por la experiencia acumulada, se sabe que ciertas características ecográficas nodulares están asociadas a benignidad, mientras que existen otras que aumentan la probabilidad de malignidad. Las características más frecuentemente asociadas a benignidad son el aspecto quístico, la existencia de márgenes bien definidos y nítidos, la presencia de halo periférico, la aparición de artefactos en cola de cometa, un diámetro anteroposterior menor que el transversal y una vascularización preferentemente periférica. Por el contrario, las características más asociadas a malignidad son el aspecto sólido e hipocogénico respecto al parénquima adyacente, la ausencia o ruptura del halo periférico, la presencia de márgenes irregulares, un diámetro anteroposterior mayor que el transversal, la vascularización de predominio interno, y la existencia de microcalcificaciones puntiformes.
Sin embargo, ninguna de estas características ecográficas sospechosas de malignidad, tiene simultáneamente alta sensibilidad y alto valor predictivo positivo para el diagnóstico de cáncer.
Por otra parte, la punción aspiración con aguja fina (PAAF) se considera el método más eficaz para diagnosticar una neoplasia maligna en un nódulo tiroideo. Su utilización ha aumentado significativamente en los últimos años y a día de hoy constituye el punto de partida para el diagnóstico diferencial del nódulo tiroideo, siendo la técnica más segura para seleccionar aquellos pacientes que necesitan cirugía o manejo conservador.

RESULTADOS ESPERADOS
Determinar las características clínicas y ecográficas de los nódulos tiroideos.
Establecer la correlación de las características ecográficas del nódulo tiroideo, con el resultado de la citología mediante punción aspiración con aguja fina y el resultado histopatológico definitivo.

MÉTODO
- Se realizará una sesión con Servicio de Radiología, Sección de Anatomía-patológica y Sección de Endocrinología para unificar los criterios de descripción del nódulo tiroideo en la ecografía (tamaño, márgenes, forma, microcalcificaciones, macrocalcificaciones, ecogenicidad, estructura, presencia o ausencia de halo, circulación y presencia o no de adenopatías) y la categorización mediante la clasificación de Bethesda

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0888

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

(I a VI) en la citología de nódulo tiroideo. Los datos clínicos y analíticos que se recogerán y se correlacionarán (tiempo de evolución, crecimiento, manifestaciones locales, antecedentes familiares de patología tiroidea, función tiroidea, autoinmunidad, antecedentes de radiaciones previas)
- Se realizará una revisión de las tiroidectomías realizadas para analizar la correlación clínico-ecográfica y con la citología preoperatoria y el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica

INDICADORES

- Porcentaje de informes con la clasificación de Bethesda. (>70%)
- Número de PAAFs y porcentaje de muestras insuficientes (<20%)
- Porcentaje de ecografías patológicas con resultado de malignidad citológica/histológica. (>50%)
- Porcentaje de histologías malignas con citología previa de benignidad. (<20%)
- Porcentaje de malignidad en citologías indeterminadas. (<20%)
- Porcentaje de benignidad en citologías sospechosas o malignas. (<20%)

DURACIÓN

- El estudio recogerá datos desde enero de 2018 a junio de 2018 en carácter retrospectivo y partir de esta fecha será de carácter prospectivo.
- El análisis de datos del estudio retrospectivo se realizará durante los meses octubre-diciembre de 2018.
- En diciembre 2018-enero 2019 se espera analizar los datos disponibles. La idea es continuar con el proyecto como base de la mejora continua de nuestra asistencia

OBSERVACIONES

Se trata de un estudio retrospectivo inicialmente con el objetivo de pasar a ser un verdadero estudio prospectivo observacional que mejore nuestra práctica clínica diaria.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El manejo adecuado de la hiperglucemia en el hospital, tanto del paciente con una diabetes conocida que ingresa por una descompensación aguda o proceso intercurrente o el paciente con hiperglucemia que previamente no se conocía diabético tiene un impacto en disminuir la morbimortalidad y el coste de los pacientes hospitalizados. La elaboración de un protocolo, la difusión y la implementación del mismo por parte de todos los profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos..) es importante para conseguir un adecuado control glucémico y evitar la variabilidad en el proceso asistencial.

Se han realizado las siguientes actividades para conseguir los objetivos expuestos en el proyecto.

1. Se detecta que hay falta de formación en el manejo de la hiperglucemia en el hospital, tanto del personal médico como enfermería. Se detectó en ocasiones desconocimiento de los tipos de insulinas, técnica adecuada de administración de la insulina, así como de las pautas de insulinización individualizada según la situación del paciente.
2. Para tener una visión mas objetiva de la situación, se elaboró un encuesta. Desde la Unidad de Docencia del HRV, se envió por mail a todos los facultativos. Estas son las preguntas y las respuestas:
 - a. Cuando el paciente con diabetes ingresa, ¿Se retiran los antidiabéticos orales?. 71% si respondieron SI y un 29% NO
 - b. Lo habitual en el paciente con hiperglucemia es utilizar las pautas de insulina rápida a demanda (PIR): 66% respondieron SI y un 34% NO
 - c. ¿Se realiza una determinación de HbA1c en los pacientes que ingresan con hiperglucemia si no tienen esta determinación o es de hace > 3 meses?: 66% respondieron NO y un 34% SI
 - d. En los pacientes en situación de ayuno, ¿se utiliza la insulina basal?: 62% respondieron SI y un 38% NO
 - e. Se utiliza la insulina en perfusión intravenosa en hiperglucemias mantenidas (> 300 mg/dl), no controladas con la pauta subcutánea? 62% respondieron SI y un 38% NOSegún la encuesta se deduce que hay área de mejora en el manejo de la hiperglucemias en el hospital.
3. Se ha elaborado un protocolo de insulinización subcutánea, con pautas de actuación desde que el paciente acude al hospital y se detecta una hiperglucemia (las primeras horas), durante toda la estancia hospitalaria y la planificación del tratamiento al alta. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
4. Se ha elaborado un protocolo de insulinización intravenosa. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
5. Se ha elaborado un cartel DIN A 4 con todas las insulinas disponibles en el hospital y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
6. Se ha realizado un protocolo del manejo de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio. Se ha dado difusión mediante sesión clínica con el Servicio de Cirugía y Anestesia. Las pautas de de insulinización para el tratamiento de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, se han incluido en el protocolo del pre y posoperatorio de cirugía. Se ha realizado una relación de todos los ADOs orales y la pauta de suspensión previa a la cirugía.
7. Se han incorporado las pautas correctoras de insulina subcutánea y el protocolo de perfusión intravenosa de insulina en el Farmatools.
8. Para la evaluación de los indicadores expuestos en el proyecto se ha realizado un corte transversal, durante un periodo de tiempo concreto (mes de noviembre-2018), recogiendo los datos de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias y que ingresan en la planta de medicina interna con hiperglucemia.
9. Se han realizado dos talleres del "Manejo de la hiperglucemia en el hospital" de 4 horas de duración, con asistencia de personal médico, enfermería y de farmacia. Impartido por las facultativas de la Sección de Endocrinología y Nutrición del HRV. En estos talleres se ha realizado difusión de los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa, las nuevas tecnologías en la diabetes, coordinación entre niveles asistenciales.
10. Se ha revisado y elaborado material educativo para la educación tanto de "supervivencia" como de refuerzo educativo durante el periodo de hospitalización. Se ha realizado una carpeta con toda la documentación (dietas, insulinización, hipoglucemias, autocontrol, pautas de ajuste de la dosis de insulina, ejercicio físico) y folletos informativos para la educación durante la estancia en el hospital. La finalidad es que todo el personal de la Sección lo tenga accesible.
11. Se ha iniciado la formación a otra enfermera del hospital, en conocimientos básicos de educación diabetológica para poder suplir en los momentos que no está la educadora del hospital.
12. Se ha actualizado la planilla de registro de glucemias y pauta subcutánea de insulina, que ha sido aceptada por la Comisión de Documentación e Historias clínicas y se ha implantado en casi todas las plantas del hospital.
13. Se ha realizado recogida de la actividad de educación diabetológica realizada en el hospital, teniendo en cuenta si era educación de "supervivencia/básica" en los casos de debut de diabetes", educación de refuerzo educativo, el tipo de diabetes, el porcentaje de pacientes que tras la educación durante la hospitalización se citaba en la consulta de la educadora del hospital y el porcentaje de pacientes que eran derivados de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían para la educación avanzada y si existía un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

informe de coordinación entre las dos educadoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Para la evaluación de los indicadores expuestos en el proyecto, durante el mes de noviembre-2018, se recogieron los siguientes datos en la planta de medicina interna de los pacientes que ingresaban con hiperglucemia: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, IMC, el tratamiento hipoglucemiante previo (antidiabéticos orales (ADOs) o insulina); motivo de ingreso, si se solicitó o no la HbA1c al ingreso, si se retiraron o no los antidiabéticos orales a ingreso, el tipo de pauta prescrita (solo pauta correctora; insulina basal y correctora; pauta bolo-basal+correctora; insulina premezclada), si se instauró la bomba de insulina intravenosa en los casos que estaba indicada, la glucemia media (según los controles de glucemia capilar) del primer día, la glucemia media a mitad del ingreso y la glucemia media el último día de ingreso, y la estancia media.

-También en el mes de noviembre-2018 se recogieron los siguientes datos de todos los pacientes que acudían a Urgencias con hiperglucemia: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, el tratamiento hipoglucemiante (antidiabéticos orales o insulina), glucemia al ingreso, si se instauró la bomba de insulina intravenosa cuando estaba indicada, tipo de pauta de insulina utilizada (pauta insulina rápida a demanda, insulina basal+correctora, pauta bolo-basal+correctora, si se fue de alta o precisó ingreso hospitalario).

Resultados:

-Se recogieron datos de 30 pacientes ingresados en medicina interna con hiperglucemia. La estancia media fue de 15,3 ± 8,9 días. La edad media de los pacientes ingresados fue 76,23±10,8 años. El 57,6% fueron hombres. El motivo del ingreso en el 50% de los casos fue un proceso infeccioso, 19,2% proceso neoplásico; 15,3% insuficiencia cardiaca, 1 cetoacidosis y el 11,5% ingresaron por otro motivo. Presentaban antecedentes previos de diabetes un 84,6% y un 16% no se sabían con DM. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 7,85±4,3 años. Presentaban un mayor IMC los que tenían diabetes conocida (IMC 30,9 vs 26,7, p=0,03). Se realizó una HbA1c en el 38,4%. En cuanto al tratamiento previo al ingreso: el 15,3% estaban solo con dieta, 42,3% antidiabéticos orales, 30,7% insulina basal+antidiabéticos orales, 11,5% insulina en pauta bolo-basal. En el 88,5% de los casos se retiraron los ADOs. El tratamiento durante el ingreso: en el 46,1% se utilizó solo pauta correctora; en el 34% se utilizó pauta con insulina basal+correctora, en el 19,2% se utilizó pauta bolo-basal, en ningún caso se utilizó insulina premezclada. Se instauró la bomba de insulina intravenosa, solo en 1 paciente. Los pacientes tratados con pauta bolo-basal+correctora tenían mayor tiempo de evolución de la diabetes comparados con el resto de pacientes (12,23±4 vs 7,2±2,3; p < 0,001). La glucemia media del primer día de la hospitalización fue de 170,1±52 mg/dl; en la mitad del ingreso 165,96±47 mg/dl y en las últimas 24 horas 164,95±49 mg/dl. En los pacientes tratados con pauta correctora o pauta basa+correctora no hubo diferencias en los niveles de glucemia en las primeras 24 horas, en la mitad del ingreso y en las últimas 24 horas del ingreso (163,38±32,5 mg/dl vs 154,25±31,2 mg/dl vs 162,32±33,1 mg/dl respectivamente; p=0,094). En los pacientes tratados con pauta bolo-basal+correctora la glucemia del primer día del ingreso (234±60,1 mg/dl) se redujo en la mitad del ingreso (215,6±47,2 mg/dl) y de forma significativa en las últimas 24 horas del ingreso (191±51,2 mg/dl); p=0,004. No hubo diferencias en cuanto a la estancia media hospitalaria, según la pauta utilizada.

-Se recogieron datos de 46 pacientes que acudieron a Urgencias por hiperglucemia. La edad media fue de 65,32±9,1 años. El 56,6% fueron hombres. Un 90,4% tenían diabetes conocida y un 9,6% no. El 17,8% tenían una DM tipo 1 y el 82,2% tenían DM tipo 2. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 10,4±5,6 años. El 39,1% estaban en tratamiento con ADOs y el 60,9% con insulina. La glucemia media al ingreso en urgencias fue de 323,6±60 mg/dl. Se instauró bomba de insulina intravenosa en el 19,35% de los casos, se instauró en el 100% de los casos que acudieron con cetoacidosis diabética. El tipo de pauta utilizada, en el 21,7% solo utilizaron pauta correctora; en el 60,8% se utilizó pauta basal+correctora y en un 17,3% se utilizó pauta bolo-basal. Ingresaron el 42% de los pacientes.

-En cuanto a la educación diabetológica en el hospital, se han recogido datos de 92 pacientes: 16,3% eran pacientes con DM tipo 1 (n=15), 9 fueron debut de diabetes y se realizó educación de "supervivencia" y 6 fueron pacientes con DM tipo 1 ya conocida que ingresan por descompensación aguda hiper o hipoglucémica o proceso intercurrente y que a se les realizó refuerzo educativo por no presentar buen control previo al ingreso, cambio de pauta de insulina, ingreso por hipoglucemia o falta de formación en aspectos concretos de la diabetes. Un 82,7% fueron DM tipo 2 (n=77), en el 82% ya tenían una DM conocidos el resto se diagnóstico en el ingreso hospitalario. En los casos de debut de DM tipo 2 se realizó educación de "supervivencia" en el resto de casos de DM conocida se hizo refuerzo educativo, en la mayoría de los casos fueron pacientes que precisaron tratamiento con insulina al alta. El 100% de los pacientes que debutaron con DM tanto tipo 1 como tipo 2 se citaron en el plazo de 1 semana en la consulta de la educadora del hospital y posteriormente derivados a la consulta educadora del CME Grande Covían. En los casos de refuerzo educativo durante el ingreso en el 58% se citaron en la consulta de educadora del hospital al alta. En el 94% de los pacientes existe informe de derivación, donde consta la educación en diabetes realizada (dieta, ejercicio físico, manejo y autoinyección de insulina, reconocimiento y tratamiento de la hipoglucemia, autocontrol, autoajuste de dosis de insulina, observaciones..) de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían.

-Se ha evaluado las insulinas utilizadas en el hospital durante el 2018. Siendo un objetivo el valorar la utilización de las últimas insulinas (análogos lentos de insulina) comercializadas y que no están incluidas en el hospital (insulina Degludec, TresibaR y la insulina Glargina 300, ToujeoR). Según la información del Servicio de Farmacia, se han utilizado 3524 unidades (entre plumas precargadas de insulina, viales). El 42,3% han sido insulina rápidas o análogos de insulina rápida. El 47,7% han sido insulinas lentas o análogos de insulina lenta. El 7,17 han sido insulinas premezcladas. De total de las insulinas lentas o análogos de insulina lenta utilizadas, el 7,2% ha sido insulina Toujeo y el 5,5% ha sido insulina Tresiba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Tras analizar los resultados y teniendo en cuenta los indicadores expuestos en el proyectos se detecta:

- En los pacientes que ingresan con hiperglucemia se les realiza una HbA1c en > 30% de los casos (38,4%).
- Se retiro los ADOs en > 40% de los casos al ingreso (88,5%)
- En Urgencias las pautas a demanda con insulina rápida fueron menores al 30% (21,7%), en la planta de hospitalización fue superior (46,1%).
- La pauta basal+correctora en los pacientes en situación de ayuna, fue > 30% (34%).
- Destaca que la glucemia media de los pacientes que acudieron a Urgencias es superior a 300 mg/dl, y la instauración de bomba de insulina es baja del 19,35%.
- La glucemia media durante el ingreso se mantiene dentro de los objetivos entre 140-180 mg/dl.
- Destacar la figura de la educadora en el hospital, tanto para los pacientes que debutan con DM, como para los que hay que hacer un reciclaje educativo. Es necesario disponer de tiempo suficiente para poder realizar esta actividad. Debido a que la educadora del hospital esta actividad coincide en ocasiones con otra tarea asistencial, se puede resentir sobre todo la educación del paciente hospitalizado.
- Destacar la buena coordinación entre la educación hospitalaria y la del centro de especialidades, que contribuye a una mejora en la calidad asistencial por la continuidad de cuidados y porque favorece también una buena coordinación con la consulta médica.
- El realizar carteles con los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa ha sido muy eficiente en el manejo del paciente con hiperglucemia tanto para enfermería como médicos.
- La realización del cartel con los tipos de insulinas, ha permitido un mayor conocimiento de las insulina disponibles en el hospital y ha contribuido a disminuir los errores por el desconocimiento de los tipos de insulinas.
- La incorporación en el Farmatools de las pautas correctoras de insulinización subcutánea, así como de las pautas de insulina intravenosa, ha sido de gran utilidad e las plantas que ya tienen implantada la prescripción electrónica.
- La actualización de las planillas de registro de glucemias ha sido muy importante para una mejor visualización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.
- La difusión de protocolo del manejo de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, ha contribuido a la mejora del control glucémico en este periodo, disminuyendo las pautas de insulina rápida a demanda.

Recomendaciones:

- Formación continuada, en el manejo de la hiperglucemia en el hospital tanto al personal médico como enfermería. En el caso de enfermería hay previsto que la educadora del hospital haga formación a enfermería de hospitalización.
- Sesiones conjuntas entre las dos educadoras, la del centro de especialidades y el hospital.
- Disminuir las pautas correctoras a demanda.
- En los casos de descompensaciones hiperglucémicas valorar la utilización de la bomba de insulina intravenosa, como medida de corrección mas eficiente en situaciones de hiperglucemia severa.
- Aumentar la determinación de HbA1c en los pacientes ingresados con hiperglucemia para poder planificar el tratamiento al alta.
- Mantener el buen funcionamiento de la educación diabetológica en el paciente hospitalizado, por parte de la educadora del hospital. Que puede verse afectado dado que esta educadora es a tiempo parcial, distribuyendo el tiempo con otras tareas en consulta externa. Será un aspecto que se tendrá que realizar evaluación continua, solicitando si fuera necesario disponer de una mayor tiempo para esta función educadora.

7. OBSERVACIONES.

El manejo de la hiperglucemia en el hospital, requiere una evaluación y actualización continua e implementar las estrategias necesarias para una correcta implantación de los protocolos consensuados.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1152 ===== ***

Nº de registro: 1152

Título
IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Autores:
BANDRES NIVELA OROSIA, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD, GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA, STODUTO GARCIA PIEDAD, ORGA SANZ ASUNCION, GARCIA LABORDA ANGELA, MONFORTE GASQUE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es un problema creciente. Uno de cada cuatro pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización presenta hiperglucemia, por presentar una diabetes previa diagnosticada, porque se trata de un nuevo episodio de hiperglucemia que en realidad pone de manifiesto una diabetes no diagnosticada o bien porque se trata de una hiperglucemia de stress.
La hiperglucemia un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, incluido el incremento de la mortalidad, de las tasas de infección y estancia hospitalaria.
El paciente que ingresa en el hospital que presenta hiperglucemia, puede ser atendido por diferentes profesionales y en diferentes servicios, lo que hace necesario se disponga de un protocolo de actuación adaptado al entorno de nuestro hospital para conseguir una optimización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo General: Desarrollo de herramientas de formación y gestión para obtener la máxima eficiencia y calidad asistencial en la atención hospitalaria del paciente con hiperglucemia.

Objetivos específicos:

- Coordinación entre servicios de la atención al paciente con diabetes desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica y homogeneizar el plan de cuidados diagnósticos y terapéuticos
- Implicación de los colectivos de medicina, enfermería y farmacia en la valoración y seguimiento del protocolo.
- Potenciar la figura de la educadora en el hospital, para la realización de la educación de supervivencia y del refuerzo educativo durante la estancia hospitalaria.
- Potenciar la coordinación entre la educadora del hospital y la educadora del centro de especialidades en el seguimiento de los pacientes.
- Cumplimiento del proyecto infección quirúrgica Zero (control de glucemias) por parte del Servicio de Medicina Preventiva.

MÉTODO

- Se detectan los problemas que hay en el manejo de la hiperglucemia en el hospital por la información tanto del personal médico como de enfermería.
- Se realiza una encuesta al personal médico del manejo de la hiperglucemia en el hospital con Tecnología GoogleForms
- Revisión de la evidencia científica
- Elaboración del protocolo de la insulinización subcutánea e intravenosa para el manejo de la hiperglucemia en hospital.
- Difusión del protocolo mediante un taller, realizado en jornada laboral de mañana dirigido a todo el personal sanitario implicado, médicos, enfermeras, farmacéuticos.
- Difusión del protocolo con sesiones clínicas por los servicios del hospital.
- Actualización de la planilla de registro de glucemias y pauta subcutánea de insulina.
- Realización de un información en forma de carteles que serán colocados en lugares visibles de todas las plantas del hospital y Servicio de Urgencias del las insulinas disponibles en el hospital y del protocolo de insulinización subcutánea e intravenosa.
- Incorporación en el Farmatools las pautas de insulina subcutánea e intravenosa.
- Colaboración con Docencia del hospital para la incorporación del protocolo en la Intranet.
- Revisión y elaboración de material educativo para la educación tanto de supervivencia en los pacientes con diabetes como del refuerzo educativo.

INDICADORES

- % de pacientes que ingresan con hiperglucemia y se les realiza una HbA1c (>30%)
- % de pacientes con diabetes que al ingreso en situación de descompensación hiperglucémica se retiran los antidiabéticos orales (>40%).
- % de pacientes diabéticos que a ingreso desde urgencias en situación de hiperglucémica, se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (< 30%).
- % de pacientes diabéticos que en situación de ayuno se mantiene la pauta de insulina basal y pauta correctora de insulina rápida (>30%).
- % de pacientes con descompensación hiperglucémica que acuden a Urgencias se administra insulina en perfusión intravenosa según el protocolo (>50%).
- Número de nuevas insulinas utilizadas en el paciente ingresado.
- Número de pacientes con diabetes que han recibido educación de supervivencia y refuerzo educativo durante el ingreso.
- % de pacientes que han recibido educación diabetológica durante el ingreso y son citados en la consulta de la educadora del hospital al alta .
- % de informes realizados de la educadora del hospital a la educadora del CME de especialidades, en los pacientes que precisan seguimiento.
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (>30%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

DURACIÓN

- Noviembre2017- Marzo-2018: Elaboración del protocolo
- Mayo-Octubre-2018: Difusión del protocolo. Sesiones informativas.
- Mayo-2018: Incorporación de las pautas de insulina subcutánea e intravenosa en el Farmatools.
- Junio-2018 : Elaboración de poster informativos del protocolo de insulino terapia subcutánea e intravenosa. Difusión en todos los servicios del hospital.
- Junio-2018: revisión y elaboración del material educativo en diabetes para el paciente ingresado.
- 2018-2019: Implementación del protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE
PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD
GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA
STODUTO GARCIA PIEDAD
ORGA SANZ ASUNCION
GARCIA LABORDA ANGELA
MONFORTE GASQUE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El manejo adecuado de la hiperglucemia en el hospital, tanto del paciente con una diabetes conocida que ingresa por una descompensación aguda o proceso intercurrente o el paciente con hiperglucemia que previamente no se conocía diabético tiene un impacto en disminuir la morbimortalidad y el coste de los pacientes hospitalizados. La elaboración de un protocolo, la difusión y la implementación del mismo por parte de todos los profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos..) es importante para conseguir un adecuado control glucémico y evitar la variabilidad en el proceso asistencial.

Se han realizado las siguientes actividades para conseguir los objetivos expuestos en el proyecto.

1. Se detecta que hay falta de formación en el manejo de la hiperglucemia en el hospital, tanto del personal médico como enfermería. Se detectó en ocasiones desconocimiento de los tipos de insulinas, técnica adecuada de administración de la insulina, así como de las pautas de insulinización individualizada según la situación del paciente.
2. Para tener una visión mas objetiva de la situación, se elaboró un ENCUESTA Desde la Unidad de Docencia del HRV, se envió por mail a todos los facultativos. Estas son las preguntas y las respuestas:
 - a. Cuando el paciente con diabetes ingresa, ¿Se retiran los antidiabéticos orales?. 71% si respondieron SI y un 29% NO
 - b. Lo habitual en el paciente con hiperglucemia es utilizar las pautas de insulina rápida a demanda (PIR): 66% respondieron SI y un 34% NO
 - c. ¿Se realiza una determinación de HbA1c en los pacientes que ingresan con hiperglucemia si no tienen esta determinación o es de hace > 3 meses?: 66% respondieron NO y un 34% SI
 - d. En los pacientes en situación de ayuno, ¿se utiliza la insulina basal?: 62% respondieron SI y un 38% NO
 - e. Se utiliza la insulina en perfusión intravenosa en hiperglucemias mantenidas (> 300 mg/dl), no controladas con la pauta subcutánea? 62% respondieron SI y un 38% NO
Según la encuesta se deduce que hay área de mejora en el manejo de la hiperglucemias en el hospital.
3. Se ha elaborado un PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN SUBCUTANEA, con pautas de actuación desde que el paciente acude al hospital y se detecta una hiperglucemia (las primeras horas), durante toda la estancia hospitalaria y la planificación del tratamiento al alta. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
4. Se ha elaborado un PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN INTRAVENOSA. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
5. Se ha elaborado un cartel DIN A 4 con todas las INSULINAS DISPONIBLES en el hospital y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
6. Se ha realizado un protocolo del MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO. Se ha dado difusión mediante sesión clínica con el Servicio de Cirugía y Anestesia. Las pautas de de insulinización para el tratamiento de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, se han incluido en el protocolo del pre y posoperatorio de cirugía. Se ha realizado una relación de todos los ADOs orales y la pauta de suspensión previa a la cirugía.
7. Se han incorporado las PAUTAS CORRECTORAS de insulina subcutánea y el protocolo de perfusión intravenosa de insulina en el FARMATOOLS.
8. Para la EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES expuestos en el proyecto se ha realizado un corte transversal, durante un periodo de tiempo concreto (mes de noviembre-2018), recogiendo los datos de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con hiperglucemia y también de los pacientes que están ingresados con hiperglucemia en planta de medicina interna.
9. Se han realizado dos TALLERES DEL "MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL" de 4 horas de duración, con asistencia de personal médico, enfermería y de farmacia. Impartido por las facultativas de la Sección de Endocrinología y Nutrición del HRV. En estos talleres se ha realizado difusión de los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa, las nuevas tecnologías en la diabetes, coordinación entre niveles asistenciales.
10. Se ha REVISADO Y ELABORADO MATERIAL EDUCATIVO para la educación tanto de "supervivencia" como de refuerzo educativo durante el periodo de hospitalización. Se ha realizado una carpeta con toda la documentación (dietas, insulinización, hipoglucemias, autocontrol, pautas de ajuste de la dosis de insulina, ejercicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

físico) y folletos informativos para la educación durante la estancia en el hospital. La finalidad es que todo el personal de la Sección lo tenga accesible.

11. Se ha iniciado la formación a otra enfermera del hospital, en conocimientos básicos de educación diabetológica para poder suplir en los momentos que no está la educadora del hospital.

12. Se ha realizado recogida de la actividad de educación diabetológica realizada en el hospital, teniendo en cuenta si era educación de "supervivencia/básica" en los casos de debut de diabetes", educación de refuerzo educativo, el tipo de diabetes, el porcentaje de pacientes que tras la educación durante la hospitalización se citaba en la consulta de la educadora del hospital y el porcentaje de pacientes que eran derivados de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covian para la educación avanzada y si existía un informe de coordinación entre las dos educadoras.

13. Se ha actualizado la PLANILLA DE REGISTRO DE GLUCEMIAS y pauta subcutánea de insulina, que ha sido aceptada por la Comisión de Documentación e Historias clínicas y se ha implantado en casi todas las plantas del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Para la evaluación de los indicadores expuestos en el proyecto, durante el mes de noviembre-2018, se recogieron los siguientes DATOS EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA DE LOS PACIENTES QUE INGRESABAN CON HIPERGLUCEMIA: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, IMC, el tratamiento hipoglucemiante previo (antidiabéticos orales (ADOs) o insulina); motivo de ingreso, si se solicitó o no la HbA1c al ingreso, si se retiraron o no los antidiabéticos orales a ingreso, el tipo de pauta prescrita (solo pauta correctora; insulina basal y correctora; pauta bolo-basal+correctora; insulina premezclada), si se instauró la bomba de insulina intravenosa en los casos que estaba indicada, la glucemia media (según los controles de glucemia capilar) del primer día, la glucemia media a mitad del ingreso y la glucemia media el último día de ingreso, y la estancia media.

-También en el mes de noviembre-2018 se recogieron los siguientes DATOS DE TODOS LOS PACIENTES QUE ACUDÍAN A URGENCIAS CON HIPERGLUCEMIA: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, el tratamiento hipoglucemiante (antidiabéticos orales o insulina), glucemia al ingreso, si se instauró la bomba de insulina intravenosa cuando estaba indicada, tipo de pauta de insulina utilizada (pauta insulina rápida a demanda, insulina basal+correctora, pauta bolo-basal+correctora, si se fue de alta o precisó ingreso hospitalario.

RESULTADOS:

-Se recogieron datos de 30 pacientes ingresados en medicina interna con hiperglucemia. La estancia media fue de 15,3 ± 8,9 días. La edad media de los pacientes ingresados fue 76,23±10,8 años. El 57,6% fueron hombres. El motivo del ingreso en el 50% de los casos fue un proceso infeccioso, 19,2% proceso neoplásico; 15,3% insuficiencia cardiaca, 1 cetoacidosis y el 11,5% ingresaron por otro motivo. Presentaban antecedentes previos de diabetes un 84,6% y un 16% no se sabían con DM. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 7,85±4,3 años. Presentaban un mayor IMC los que tenían diabetes conocida (IMC 30,9 vs 26,7, p=0,03). Se realizó una HbA1c en el 38,4%. En cuanto al tratamiento previo al ingreso: el 15,3% estaban solo con dieta, 42,3% antidiabéticos orales, 30,7% insulina basal+antidiabéticos orales, 11,5% insulina en pauta bolo-basal. En el 88,5% de los casos se retiraron los ADOs. El tratamiento durante el ingreso: en el 46,1% se utilizó solo pauta correctora; en el 34% se utilizó pauta con insulina basal+correctora, en el 19,2% se utilizó pauta bolo-basal, en ningún caso se utilizó insulina premezclada. Se instauró la bomba de insulina intravenosa, solo en 1 paciente. Los pacientes tratados con pauta bolo-basal+correctora tenían mayor tiempo de evolución de la diabetes comparados con el resto de pacientes (12,2±3,4 vs 7,2±2,3; p < 0,001). La glucemia media del primer día de la hospitalización fue de 170,1±52 mg/dl; en la mitad del ingreso 165,96±47 mg/dl y en las últimas 24 horas 164,95±49 mg/dl. En los pacientes tratados con pauta correctora o pauta basa+correctora no hubo diferencias en los niveles de glucemia en las primeras 24 horas, en la mitad del ingreso y en las últimas 24 horas del ingreso (163,38±32,5 mg/dl vs 154,25±31,2 mg/dl vs 162,32±33,1 mg/dl respectivamente; p=0,094). En los pacientes tratados con pauta bolo-basal+correctora la glucemia del primer día del ingreso (234±60,1 mg/dl) se redujo en la mitad del ingreso (215,6±47,2 mg/dl) y de forma significativa en las últimas 24 horas del ingreso (191±51,2 mg/dl); p=0,004. No hubo diferencias en cuanto a la estancia media hospitalaria, según la pauta utilizada.

-Se recogieron datos de 46 pacientes que acudieron a Urgencias por hiperglucemia. La edad media fue de 65,32±9,1 años. El 56,6% fueron hombres. Un 90,4% tenían diabetes conocida y un 9,6% no. El 17,8% tenían una DM tipo 1 y el 82,2% tenían DM tipo 2. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 10,4±5,6 años. El 39,1% estaban en tratamiento con ADOs y el 60,9% con insulina. La glucemia media al ingreso en urgencias fue de 323,6±60 mg/dl. Se instauró bomba de insulina intravenosa en el 19,35% de los casos, se instauró en el 100% de los casos que acudieron con cetoacidosis diabética. El tipo de pauta utilizada, en el 21,7% solo utilizaron pauta correctora; en el 60,8% se utilizó pauta basal+correctora y en un 17,3% se utilizó pauta bolo-basal. Ingresaron el 42% de los pacientes.

-En cuanto a la educación diabetológica en el hospital, se han recogido datos de 92 pacientes: 16,3% eran pacientes con DM tipo 1 (n=15), 9 fueron debut de diabetes y se realizó educación de "supervivencia" y 6 fueron pacientes con DM tipo 1 ya conocida que ingresan por descompensación aguda hiper o hipoglucémica o proceso intercurrente y que a se les realizó refuerzo educativo por no presentar buen control previo al ingreso, cambio de pauta de insulina, ingreso por hipoglucemia o falta de formación en aspectos concretos de la diabetes. Un 82,7% fueron DM tipo 2 (n=77), en el 82% ya tenían una DM conocida el resto se diagnóstico en el ingreso hospitalario. En los casos de debut de DM tipo 2 se realizó educación de "supervivencia" en el resto de casos de DM conocida se hizo refuerzo educativo, en la mayoría de los casos fueron pacientes que precisaron tratamiento con insulina al alta. El 100% de los pacientes que debutaron con DM tanto tipo 1 como tipo 2 se citaron en el plazo de 1 semana en la consulta de la educadora del hospital y posteriormente derivados a la consulta educadora del CME Grande Covian. En los casos de refuerzo educativo durante el ingreso en el 58% se citaron en la consulta de educadora del hospital al alta. En el 94% de los pacientes existe informe de derivación, donde consta la educación en diabetes realizada (dieta, ejercicio físico, manejo y autoinyección de insulina, reconocimiento y tratamiento de la hipoglucemia, autocontrol, autoajuste de dosis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

de insulina, observaciones..) de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían.
-Se ha evaluado las insulinas utilizadas en el hospital durante el 2018. Siendo un objetivo el valorar la utilización de las últimas insulinas (análogos lentos de insulina) comercializadas y que no están incluidas en el hospital (insulina Degludec, TresibaR y la insulina Glargina 300, ToujeoR). Según la información del Servicio de Farmacia, se han utilizado 3524 unidades (entre plumas precargadas de insulina, viales). El 42,3% han sido insulina rápidas o análogos de insulina rápida. El 47,7% han sido insulinas lentas o análogos de insulina lenta. El 7,17 han sido insulinas premezcladas. De total de las insulinas lentas o análogos de insulina lenta utilizadas, el 7,2% ha sido insulina Toujeo y el 5,5% ha sido insulina Tresiba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras analizar los resultados y teniendo en cuenta los indicadores expuestos en el proyectos se detecta:
- En los pacientes que ingresan con hiperglucemia se les realiza una HbA1c en > 30% de los casos (38,4%). Se debería conseguir que se realizara en > 50% de los casos, si no hay una determinación en 3 meses previos, para favorecer la planificación del tratamiento al alta
- Se retiró los ADOs en > 40% de los casos al ingreso. En este indicador se consiguió en un 88,5%, es muy correcta la actuación.
- En cuanto a la utilización de las pautas de insulina rápida a demanda, que debía ser < 30%, en Urgencias se consiguió, fueron un 21,7% y en planta de medicina interna fue superior del 46,1%. Se deberá realizar una mayor formación en este aspecto.
- La pauta basal+correctora en los pacientes en situación de ayuna, fue > 30% (34%).
- Destaca que la glucemia media de los pacientes que acudieron a Urgencias es superior a 300 mg/dl, y la instauración de bomba de insulina es baja del 19,35%.
- La glucemia media durante el ingreso se mantiene dentro de los objetivos entre 140-180 mg/dl.
- Destacar la figura de la educadora en el hospital, tanto para los pacientes que debutan con DM, como para los que hay que hacer un reciclaje educativo. Es necesario disponer de tiempo suficiente para poder realizar esta actividad. Debido a que la educadora del hospital esta actividad coincide en ocasiones con otra tarea asistencial, se puede resentir sobre todo la educación del paciente hospitalizado.
- Destacar la buena coordinación entre la educación hospitalaria y la del centro de especialidades, que contribuye a una mejora en la calidad asistencial por la continuidad de cuidados y porque favorece también una buena coordinación con la consulta médica.
- El realizar carteles con los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa ha sido muy eficiente en el manejo del paciente con hiperglucemia tanto para enfermería como médicos.
- La realización del cartel con los tipos de insulinas, ha permitido un mayor conocimiento de las insulina disponibles en el hospital y ha contribuido a disminuir los errores por el desconocimiento de los tipos de insulinas.
- La incorporación en el Farmatools de las pautas correctoras de insulinización subcutánea, así como de las pautas de insulina intravenosa, ha sido de gran utilidad e las plantas que ya tienen implantada la prescripción electrónica.
- La actualización de las planillas de registro de glucemias ha sido muy importante para una mejor visualización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.
- La difusión de protocolo del manejo de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, ha contribuido a la mejora del control glucémico en este periodo, disminuyendo las pautas de insulina rápida a demanda.

RECOMENDACIONES:

- Formación continuada, en el manejo de la hiperglucemia en el hospital tanto al personal médico como enfermería. En el caso de enfermería hay previsto que la educadora del hospital haga formación a enfermería de hospitalización.
- Sesiones conjuntas entre las dos educadoras, la del centro de especialidades y el hospital.
- Disminuir las pautas correctoras a demanda.
- En los casos de descompensaciones hiperglucémicas valorar la bomba de insulina intravenosa, como medida de corrección mas eficiente para corregir la situación de hiperglucemia severa.
- Aumentar la determinación de HbA1c en los pacientes ingresados con hiperglucemia para poder planificar el tratamiento al alta.
- Mantener el buen funcionamiento de la educación diabetológica en el paciente hospitalizado, por parte de la educadora del hospital. Que puede verse afectado dado que esta educadora es a tiempo parcial, distribuyendo el tiempo con otras tareas en consulta externa. Será un aspecto que se tendrá que realizar evaluación continua, solicitando si fuera necesario disponer de una mayor tiempo para esta función educadora.

7. OBSERVACIONES.

El manejo de la hiperglucemia en el hospital, requiere una evaluación y actualización continua e implementar las estrategias necesarias para una correcta implantación del protocolo. Se va a continuar con actividades formativas de forma periódica tanto en el tratamiento de la hiperglucemias como en aspectos de educación diabetológica a la enfermería de la planta. Se revisarán y se actualizarán los protocolos de manejo de la hiperglucemia para garantizar la mejor calidad en la asistencia.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1152 ===== ***

Nº de registro: 1152

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Título
IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Autores:
BANDRES NIVELA OROSIA, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD, GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA, STODUTO GARCIA PIEDAD, ORGA SANZ ASUNCION, GARCIA LABORDA ANGELA, MONFORTE GASQUE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus es un problema creciente. Uno de cada cuatro pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización presenta hiperglucemia, por presentar una diabetes previa diagnosticada, porque se trata de un nuevo episodio de hiperglucemia que en realidad pone de manifiesto una diabetes no diagnosticada o bien porque se trata de una hiperglucemia de stress.
La hiperglucemia un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, incluido el incremento de la mortalidad, de las tasas de infección y estancia hospitalaria.
El paciente que ingresa en el hospital que presenta hiperglucemia, puede ser atendido por diferentes profesionales y en diferentes servicios, lo que hace necesario se disponga de un protocolo de actuación adaptado al entorno de nuestro hospital para conseguir una optimización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General: Desarrollo de herramientas de formación y gestión para obtener la máxima eficiencia y calidad asistencial en la atención hospitalaria del paciente con hiperglucemia.
Objetivos específicos:
- Coordinación entre servicios de la atención al paciente con diabetes desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica y homogeneizar el plan de cuidados diagnósticos y terapéuticos
- Implicación de los colectivos de medicina, enfermería y farmacia en la valoración y seguimiento del protocolo.
- Potenciar la figura de la educadora en el hospital, para la realización de la educación de supervivencia y del refuerzo educativo durante la estancia hospitalaria.
- Potenciar la coordinación entre la educadora del hospital y la educadora del centro de especialidades en el seguimiento de los pacientes.
- Cumplimiento del proyecto infección quirúrgica Zero (control de glucemias) por parte del Servicio de Medicina Preventiva.

MÉTODO
- Se detectan los problemas que hay en el manejo de la hiperglucemia en el hospital por la información tanto del personal médico como de enfermería.
- Se realiza una encuesta al personal médico del manejo de la hiperglucemia en el hospital con Tecnología GoogleForms
- Revisión de la evidencia científica
- Elaboración del protocolo de la insulinización subcutánea e intravenosa para el manejo de la hiperglucemia en hospital.
- Difusión del protocolo mediante un taller, realizado en jornada laboral de mañana dirigido a todo el personal sanitario implicado, médicos, enfermeras, farmacéuticos.
- Difusión del protocolo con sesiones clínicas por los servicios del hospital.
- Actualización de la planilla de registro de glucemias y pauta subcutánea de insulina.
- Realización de un información en forma de carteles que serán colocados en lugares visibles de todas las plantas del hospital y Servicio de Urgencias del las insulinas disponibles en el hospital y del protocolo de insulinización subcutánea e intravenosa.
- Incorporación en el Farmatools las pautas de insulina subcutánea e intravenosa.
- Colaboración con Docencia del hospital para la incorporación del protocolo en la Intranet.
- Revisión y elaboración de material educativo para la educación tanto de supervivencia en los pacientes con diabetes como del refuerzo educativo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

- % de pacientes que ingresan con hiperglucemia y se les realiza una HbA1c (>30%)
- % de pacientes con diabetes que al ingreso en situación de descompensación hiperglucémica se retiran los antidiabéticos orales (>40%).
- % de pacientes diabéticos que a ingreso desde urgencias en situación de hiperglucémica, se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (< 30%).
- % de pacientes diabéticos que en situación de ayuno se mantiene la pauta de insulina basal y pauta correctora de insulina rápida (>30%).
- % de pacientes con descompensación hiperglucémica que acuden a Urgencias se administra insulina en perfusión intravenosa según el protocolo (>50%).
- Número de nuevas insulinas utilizadas en el paciente ingresado.
- Número de pacientes con diabetes que han recibido educación de supervivencia y refuerzo educativo durante el ingreso.
- % de pacientes que han recibido educación diabetológica durante el ingreso y son citados en la consulta de la educadora del hospital al alta .
- % de informes realizados de la educadora del hospital a la educadora del CME de especialidades, en los pacientes que precisan seguimiento.
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (>30%).

DURACIÓN

- Noviembre2017- Marzo-2018: Elaboración del protocolo
- Mayo-Octubre-2018: Difusión del protocolo. Sesiones informativas.
- Mayo-2018: Incorporación de las pautas de insulina subcutánea e intravenosa en el Farmatools.
- Junio-2018 : Elaboración de poster informativos del protocolo de insulino terapia subcutánea e intravenosa. Difusión en todos los servicios del hospital.
- Junio-2018: revisión y elaboración del material educativo en diabetes para el paciente ingresado.
- 2018-2019: Implementación del protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0322

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE PAMPLONA CIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABREJAS GOMEZ CARMEN
GRACIA GIMENO PAOLA
MARTIN AZNAR NOEMI
LOPEZ ALCUTEN EVA
ORGA SANZ ASUNCION
FUERTES AGUSTIN PILAR
GRACIA LABORDA ANGELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Han sido valorados 19 pacientes siguiendo el protocolo y cronología marcados: primera visita (anamnesis, exploración, información del proceso, ofrecer valoración psicológica y preservación de células germinales y solicitud de analítica y pruebas de imagen), 2ª visita (resultados y valorar tratamiento) y visitas posteriores tras iniciar tratamiento (a los 3 y 6 meses).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- A todos los pacientes (100%), se les ofreció la preservación de células germinales, 2 de ellos (10%) fueron remitidos a la unidad de reproducción asistida del HUMS, a petición propia, pero ninguno (0%) utilizó dicho recurso.
- Todos los pacientes (100%) que han iniciado tratamiento han presentado, tras 6 meses, algún efecto deseado del tratamiento hormonal, de los que se mencionan en el consentimiento informado (lo más frecuente la aparición de vello, cese de la menstruación y el aumento de tamaño del clítoris, en el cambio de mujer a hombre y el crecimiento del botón mamario, en el cambio de hombre a mujer).
- 5 pacientes (25%) han presentado efectos secundarios no deseados del tratamiento hormonal (cefalea con los estrógenos en el cambio de hombre a mujer y acné con la testosterona en el cambio de mujer a hombre) pero dichos efectos aparecen descritos en el consentimiento informado y se les había informado verbalmente de la posibilidad de padecerlos en el momento de iniciar el tratamiento. Tan solo uno de ellos (5%) presentó mareos con el tratamiento con análogos de GnRH como bloqueador de la pubertad (en adolescentes), que no aparecía descrito en el consentimiento informado ni se le había mencionado en la consulta, por no ser de los más frecuentes.
- A 18 pacientes (94%) se les ofreció la posibilidad de remitirlos a Salud mental, y 15 de ellos (83%) aceptaron.
- El 70% de los pacientes que iniciaron tratamiento trajeron firmado el consentimiento informado en el momento de iniciar dicho tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión, tras un año de atender a este colectivo de pacientes en la consulta de Endocrinología, es que al explicar la cronología del proceso en la primera visita los pacientes se implican más, están más informados y se adaptan bien al tratamiento, se mejora la relación médico paciente y la relación con otros profesionales que participan en la atención de estos pacientes.
La propuesta es mantener este proyecto puesto que el objetivo final es mejorar la atención al paciente y el balance tras un año es que se ha cumplido.

7. OBSERVACIONES.

Con relativa frecuencia, existe dificultad para derivar a estos pacientes a determinados profesionales para valorar otros aspectos del tratamiento (ORL para modulación de la voz, cirugía genital...) porque no está bien definido el destino o el modo de remitirlos. En este aspecto existe posibilidad de mejora por parte de la administración.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/322 ===== ***

Nº de registro: 0322

Título
ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, CABREJAS GOMEZ CARMEN, GRACIA GIMENO PAOLA, MARTIN AZNAR NOEMI, LOPEZ ALCUTEN EVA, ORGA SANZ ASUNCION, FUERTES AGUSTIN PILAR, GARCIA LABORDA ANGELA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0322

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

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: TRANSEXUALIDAD
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La transexualidad es una situación de discordancia entre la identidad de género y el sexo biológico que provoca un malestar con el sexo anatómico e identificación con el sexo opuesto, esto conlleva a unos cambios adaptativos físicos y sociales en la vida cotidiana que constituye la experiencia de vida real. En el ámbito sanitario el Endocrinólogo es el profesional que coordina el manejo y tratamiento de estas personas, atendiendo a las distintas necesidades que presentan. En nuestra comunidad, desde hace unos años se ha descentralizado la atención de dichas personas, pudiendo en la actualidad ser atendidos por el especialista correspondiente al área sanitaria a la que pertenecen, según su domicilio de empadronamiento. Es importante asegurar una atención especializada de calidad a este colectivo, por este motivo se plantea este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general de este proyecto es mejorar la atención, desde la primera consulta, a las personas transexuales. Como objetivos específicos se pretende:

- Ofrecer atención en salud mental.
- Ofrecer la preservación de células germinales previo al tratamiento hormonal cruzado.
- Explicar los efectos esperados y secundarios del tratamiento hormonal cruzado.
- Explicar y ofrecer la derivación a cirugía de reasignación de sexo.
- Plantear tratamientos adicionales como: tratamiento de la voz, del vello facial y corporal.

MÉTODO

- Primera visita: anamnesis e historia clínica, exploración genital, y de los caracteres sexuales secundarios, proporcionar información sobre el cambio de nombre en la base de datos del Salud, la preservación de células germinales, ofrecer valoración por salud mental si la persona lo desea o el médico lo considera oportuno, explicar efectos del tratamiento hormonal y tipos de cirugía. Solicitud de analítica general y hormonal, y ECO genital en el caso transexual hombre adulto. Se lee el consentimiento informado con la resolución de dudas que se planteen.
- 2ª visita: Ver resultados de analítica y ECO. Si no hay contraindicación se firma el consentimiento informado y se inicia el tratamiento hormonal.
- 3ª visita: A los 3 meses del inicio del tratamiento, valoración clínica y analítica de la respuesta al tratamiento.
- 4ª visita: A los 6 meses del inicio del tratamiento, valoración clínica y analítica de la respuesta al tratamiento. Remitir a cirugía plástica para mastectomía en caso de transexual hombre adulto, si lo desea.
- 5ª visita: Al año del inicio del tratamiento, valoración clínica y analítica de la respuesta al tratamiento, y remitir a cirugía de reasignación de sexo, si lo desea.

INDICADORES

- % pacientes a los que se ofrece la posibilidad de preservación de células germinales en la 1ª visita (>70%) y qué % hace uso de ello.
- % pacientes que presenta alguno de los efectos esperados (que figuran en el documento de consentimiento informado) del tratamiento hormonal cruzado a los 6 meses de iniciarlo (>50%).
- % pacientes que presentan algún efecto adverso del tratamiento hormonal que no se hubiera explicado previamente (<30%).
- % pacientes a los que se ofrece ser valorados por Salud Mental antes o durante el proceso de cambio (>70%) y qué % hacen uso de ello.
- % pacientes que traen el consentimiento informado firmado que se les entregó en la primera visita (>60%), lo que indica el grado de implicación del paciente.

DURACIÓN

Durante todo el año de 2019 se irán registrando las primeras visitas cuyo motivo de consulta sea deseo de cambio de sexo. Al final del año se revisarán las historias en la historia electrónica y se valorará el valor de los indicadores descritos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0322

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANSEXUALES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0474

1. TÍTULO

EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRERA NOGUERO ANA MARIA
ALBERO MARCEN INES
GARCIA LABORDA ANGELA
FUERTES AGUSTIN PILAR
LOPEZ ALCUTEN EVA
ORGA SANZ ASUNCION
MARTIN AZNAR NOEMI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el CME Grande Covian existe una consulta monográfica de diabetes y embarazo. Se atienden todas las gestantes que son remitidas desde toxicología por presentar una diabetes previa a la gestación o para planificación de gestación y pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional. En este proyecto se evaluaron pacientes que habían sido diagnosticadas de diabetes gestacional (DG) en el periodo desde el 2017-primer trimestre del 2019. Para el diagnóstico de DG se utilizaron los criterios de la National Diabetes Data Group. Tras el diagnóstico de la DG se indican medidas dietéticas (50% de hidratos de carbono, 20% proteínas y 30% grasas) con un aporte calórico de 35kcal/kg en pacientes con bajo peso, 30kcal/kg en pacientes con normopeso, 25kcal/kg en pacientes con sobrepeso y obesidad. Además, se dieron recomendaciones de actividad física moderada y regular (caminar 30-60'), si no hay contraindicación. Se les prescribe controles de glucemia capilar y cetonuria. Se cita en la consulta para nueva revisión en el plazo de 1-2 semanas. La terapia con insulina se inició si no cumplían objetivos de glucemia óptimos en 2-3 controles (glucemia capilar en ayunas mayor o igual a 95 mg/dl o 1 h posprandial mayor o igual a 140 mg/dl). A las 8-12 semanas tras el parto se realizó una SOG con 75g y una determinación HbA1c con el fin de reevaluar el estado de glucémico posparto. Se utilizaron los criterios de la Asociación Americana de Diabetes-2020 para la clasificación de la situación de disglucosis según resultado. Se consideró normal una glucemia basal < 100 mg/dl y a las 2 h < 140 mg/dl, glucemia basal alterada (GAA) si la glucemia basal se encontraba entre 100 y 125 mg/dl, tolerancia anormal a la glucosa (TAG) si la glucemia cemia a las 2 h estaba entre 140-199 mg/dl y DM si la basal mayor o igual a 126mg/dl y/o a las 2h mayor o igual a 200mg/dl. Como factores predictivos de los resultados de la curva se analizaron variables clínicas (edad, peso/IMC previo a la gestación, ganancia de peso durante la gestación, antecedentes DM familiares; antecedentes de diabetes gestacional previa, tensión arterial, semana de diagnóstico de la DG, necesidad de insulinización) y analíticas (glucemia plasmática en test diagnóstico según los criterios de la NDDG con 100 gr de glucosa (basal, 1, 2 y 3 horas); número de puntos patológicos de entre las 4 determinaciones (2,3 o 4 puntos patológicos en la SOG); anticuerpos anti GAD. Respuesta glucémica al test de reevaluación a los 2-3 meses tras el parto mediante la SOG 75 gramos, HbA1c al diagnóstico de la DG y 3 meses tras el parto; el perfil lipídico (colesterol total, LDLc, triglicéridos; HDLc) al diagnóstico de DG y 3 meses tras el parto. La media de las glucemias basales, preprandiales y 1 h posprandial del registro de controles de glucemia capilar. Se recogerán datos fetales como parámetros de perímetro abdominal y cefálico en la ecografía de la 35 semana. Datos de recién nacido como la semana de parto, el peso al nacer y el tipo de parto). El valor predictivo independiente de las variables se determinó mediante regresión logística multivariante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se evaluaron los datos de la historia clínica de 234 mujeres en el periodo del 2017 al primer trimestre del 2019 con edad media 34,8 (DE 4) años e IMC 28,1 (DE 4,6) Kg/m². Se recogieron los datos de 210 mujeres, que fueron las que asistieron a la realización del control posparto (89,7%). El incremento de peso durante la gestación fue de 7,7 (DE 4,9) Kg. Se insulinizó durante la gestación al 54,2% de las mujeres. La SOG postparto fue normal en 129 (60,3%), prediabetes en 81 (37,9%), siendo un 16,82% glucemia en ayunas alterada (GAA); 15,42% tolerancia anormal a la glucosa (TAG), un 5,61%, presentaron GAA+TAG y diabetes en 4 (1,9%). La media de HbA1c fue de 5,3% (DE 0,3), con límite inferior de 4,1 % y superior de 6%. Teniendo en cuenta la HbA1c fue normal en el 82,7%, prediabetes en el 17,3%, no hubo ningún caso de diabetes, si tenemos en cuenta solo la HbA1c. Las pacientes con SOG anormal tenían durante la gestación mayor glucemia basal (93,7 vs 89,6 mg/dl; p=0,006), mayor presión arterial sistólica (113 vs 109 mmHg; p=0,02), mayor IMC (28,6 Kg/m² vs 27,7 Kg/m² ; p=0,027), mayor incremento de peso (9,2 vs 6,7 Kg; p=0,032) y mayor porcentaje de insulinización (67,1 vs 45,7%; p=0,002). El mejor modelo predictivo (R²=0,142) de SOG patológica postparto estuvo compuesto por la necesidad de insulinización durante la gestación (OR=2,49; IC 95% 0,9-7) y el aumento de peso (OR=1,12; IC 95% 1-1,27) en la gestación. En todas las pacientes que acudieron a la consulta tras el parto se les realizó recomendaciones de estilo de vida (dieta y ejercicio), recomendaciones de conseguir peso adecuado (IMC menor de 25). En los casos que en la SOG se detectaba una diabetes se prescribió Metformina y seguimiento en Atención primaria con periodicidad cada 6 meses. En los casos que se detectó una prediabetes se recomendaba revisión anual por su médico de Atención Primaria. En los casos que la SOG fue normal se recomendaba revisión cada 1-3 años en función de si coexistían otros factores de riesgo (obesidad, antecedentes familiares de diabetes..) En todos los casos se realizaba un informe para el médico de atención primaria o anotación en la HCE con las recomendaciones de tratamiento y de seguimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0474

1. TÍTULO

EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Según los datos reportados en diferentes estudios, el riesgo de DM en pacientes con antecedentes de DG está claramente elevado, de modo que más del 50% de las pacientes desarrollarán DM a lo largo de los años. La incidencia reportada en los estudios es muy variable desde el 3% en la evaluación temprana posparto (3-6 meses) al 50-70% a los 15-25 años del parto. Los estudios sobre DG en los que se analizan datos basados en la reevaluación posparto asumen como habitual una pérdida del seguimiento de más del 50%. En nuestro medio se consiguió una consecución del seguimiento de más del 80%. Comprobamos que la HbA1c no es un buen parámetro para este control posparto, ya que no llegó a detectar ese 1,9% de diagnóstico de DM que se detectó con la SOG 75 gr. Destacar la elevada prevalencia que fue de un 40% de SOG patológica en el posparto. Es de gran importancia la identificación precoz de las pacientes con mayor probabilidad de alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, que según los resultados analizados serían aquellas que tienen un mayor IMC; mas aumento de peso durante el embarazo, mayor nivel de glucemia basal y la necesidad de insulinización. Consideramos el proyecto de gran importancia ya que nos permite identificar con datos más objetivos aquellas con mayor probabilidad de disglucosis tras el parto. La buena adherencia a la realización de este control posparto nos permitirá dar las recomendaciones y seguimiento adecuado de estas pacientes para en la medida de lo posible disminuir la DM futura.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/474 ===== ***

Nº de registro: 0474

Título
EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACION DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA

Autores:
BANDRES NIVELA MARIA OROSIA, CARRERA NOGUERO ANA MARIA, ALBERO MARCEN INES, GARCIA LABORDA ANGELA, FUERTES AGUSTIN PILAR, LOPEZ ALCUTEN EVA, ORGA SANZ ASUNCION, MARTIN AZNAR NOEMI

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes gestacional (DG) se define como una situación de intolerancia hidrocarbonada de intensidad variable diagnosticada por primera vez durante la gestación independientemente del tratamiento empleado para su control y de su evolución posparto.

La prevalencia en nuestro país se sitúa entre el 4,5 y el 11,6% del total de las gestaciones dependiendo de los estudios y los criterios bajo los cuales se diagnostique dicha enfermedad .

La DG está relacionada con padecer síndrome metabólico, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad en el futuro y más de la mitad de las pacientes desarrollan diabetes mellitus (DM) tipo 2 en los estudios de seguimiento. Por eso las guías de práctica clínica actuales recomiendan hacer una evaluación tras el parto en un intervalo aproximado de 4-12 semanas con una sobrecarga oral del glucosa (SOG) con 75 gramos. Sin embargo, no es desdeñable el porcentaje de pacientes que pierden el seguimiento en esta fase y finalmente no se realiza esta prueba. Lo estudios sobre DG, asumen como habitual una pérdida de seguimiento de más del 50%.

La incidencia de DM reportada en los estudios es muy variable, desde un 3% en la evaluación temprana posparto (3-6 meses) al 50-70% a los 15-25 años tras el parto.

Existe evidencia en cuanto a la reducción de la incidencia de DM al incorporar hábitos de vida saludable.

Es de gran importancia la identificación precoz de las pacientes con mayor probabilidad de DM posparto. De este modo podríamos insistir, con datos objetivos, en la reevaluación del estado de disglucosis tras el parto y seríamos capaces de priorizar, en los casos en que fuera necesario, la realización de la prueba de forma temprana. La comunicación de factores involucrados en el desarrollo de la DM puede aumentar el número de pacientes que se adhieren a los programas de prevención.

Sin embargo, la falta de datos para la estimación del riesgo individual contribuye a que los profesionales de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0474

1. TÍTULO

EVALUAR LOS FACTORES PREDICTIVOS DE ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL PREVIA

la salud involucrados en la asistencia de mujeres con DG no optimicen el asesoramiento dado a este respecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- Evaluar las pacientes con DG que se ha realizado reevaluación en el posparto.
- Valorar los factores predictivos de alteración del metabolismo hidrocarbonado en pacientes con diabetes gestacional previa
- Identificar de forma precoz las pacientes con mayor probabilidad de presentar diabetes o prediabetes posparto.
- Establecer las estrategias para implementar esta reevaluación
- Estrategias de incorporación de hábitos de vida saludable o tratamiento farmacológico si está indicada, así como las recomendaciones de seguimiento.

MÉTODO

- En todas las pacientes con diabetes gestacional se les dá en la última consulta previa al parto un volante de analítica de control posparto, con SOG con 75 gr, para la realización a las 8-12 semanas posparto y ya la citación en la consulta para la revisión. La idea es favorecer la consecución del seguimiento.
- Se analizarán los datos clínicos de la paciente: edad, peso/IMC previo a la gestación, ganancia de peso durante la gestación, antecedentes DM familiares; antecedentes de diabetes gestacional previa, tensión arterial, semana de diagnóstico de la DG, necesidad de insulinización durante la gestación para conseguir buen control y datos analíticos: glucemia plasmática en test diagnóstico según los criterios de la NDDG con 100 gr de glucosa (basal, 1, 2 y 3 horas); número de puntos patológicos de entre las 4 determinaciones (2,3 o 4 puntos patológicos en la SOG); anticuerpos anti GAD. Respuesta glucémica al test de reevaluación a los 2-3 meses tras el parto mediante la SOG 75 gramos, HbA1c al diagnóstico de la DG y 3 meses tras el parto; el perfil lipídico (colesterol total, LDLc, triglicéridos; HDLc) al diagnóstico de DG y 3 meses tras el parto. La media de las glucemias basales, preprandiales y 1 h posprandial del registro de controles de glucemia capilar. Se recogerán datos fetales como parámetros de perímetro abdominal y cefálico en la ecografía de la 35 semana. Datos de recién nacido como la semana de parto, el peso al nacer y el tipo de parto.

INDICADORES

- % de pacientes con diabetes gestacional previa que son reevaluadas tras el parto (>70%).
- % de pacientes que presentan tras la SOG 75 gr posparto, una curva normal o patológica (prediabetes o diabetes).
- Factores clínicos y analíticos que predicen una curva posparto patológica.
- % de pacientes que se les dá las recomendaciones de de estilo de vida en la revisión posparto (100%).
- % de pacientes que se realiza una anotación en la historia clínica electrónica del seguimiento por parte de atención primaria que debe tener la paciente según el resultado de la SOG posparto (>90%).

DURACIÓN

- Enero-septiembre-2019 de forma retrospectiva se analizarán los datos de las pacientes que han presentado diabetes gestacional y han sido revisadas en la consulta de endocrinología.
- Octubre-diciembre-2019 análisis estadístico de los datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0722

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE SHEILA MARTINEZ ITURRIAGA
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONCIN TORRES CARLOS ANGEL
RUBIO PEREZ MARIA DEL CARMEN
MURILO ANDRES MARIA ROSA
DUEÑAS TURON MARIA PILAR
BENTURA ALMAZOR MARIA
ALAYA OTO VIOLETA AUREA
PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades que se llevaron a cabo fueron (de manera cronológica) las siguientes:

- Enero 2018: Preparación de un listado de consumos de medicamentos de 1ªA para incluir en el armario rotatorio vertical los medicamentos de uso en dicha unidad de hospitalización que se dispensarán en los carros de unidosis, e inclusión de un stock de dichos medicamentos en el citado armario. Se evalúan los consumos acotando las fechas correspondientes a un año (noviembre 2016 -noviembre 2017). Durante la revisión de los artículos se han definido desde Maestro de artículos las dosis habituales y vías de administración.
- Enero 2018: Creación de las camas en espera para inclusión de pacientes en el módulo de FarmaTools previamente al ingreso. Para los pacientes cuyo ingreso está programado y para los que se quiere dejar pautado el tratamiento médico.
- Febrero 2018: Inclusión en el módulo de unidosis de FarmaTools de los protocolos de uso de los servicios de Cirugía y Digestivo.
- Febrero 2018: Formación del personal facultativo y de enfermería responsable de los pacientes de la unidad de hospitalización 1ªA. Entrega del manual de prescripción y administración.
- Marzo 2018: Inicio de la prescripción electrónica y de dispensación en dosis unitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente el sistema de prescripción electrónica y dispensación en dosis unitarias en la unidad hospitalaria de Cirugía y Digestivo (planta 1-A) está en correcto funcionamiento y dicho proyecto finalizado.

En relación a los indicadores propuestos se observa:

- Implantación de la PE en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico (Si/No): SI. Consecución del 100%.
- Implantación de la dispensación en dosis unitarias en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico (Si/No). SI. Consecución del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de esta unidad hospitalaria se suma a las ya existentes previamente (hospitalización domiciliaria, neumología y psiquiatría) en el Hospital. Esto conlleva a la reorganización de la actividad laboral del personal del Servicio de farmacia y de la unidad de Hospitalización en que se va a implantar. El aumento en la dispensación de dosis unitarias requiere del esfuerzo conjunto de todo el personal implicado.

El Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias es un sistema que mejora la seguridad de los pacientes y la calidad de la terapéutica en los hospitales. La evolución en el proceso de prescripción, validación y administración, mejora la seguridad del uso de los medicamentos. Actualmente se considera que los sistemas de prescripción electrónica asistida (PEA) y de soporte a la toma de decisión clínica son dos estrategias prometedoras en la prevención de errores de medicación (EM), por lo que para el Servicio de Farmacia es un objetivo estratégico, que facilita la asistencia farmacéutica y nos permite avanzar en la mejora continua de todos los procesos relacionados con el uso de los medicamentos.

El objetivo del proyecto es impulsar un uso racional de los medicamentos en el hospital, es decir que prescriba el medicamento apropiado, que sea correctamente dispensado y que se administre a la dosis y por la vía adecuadas y en el tiempo correcto. Con la implantación de la dispensación en dosis unitarias y la prescripción electrónica en la planta de cirugía se pone de manifiesto la evolución del Servicio de Farmacia hacia una mejora en la seguridad del medicamento. Será un objetivo futuro conseguir la implantación en el resto de unidades hospitalarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/722 ===== ***

Nº de registro: 0722

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0722

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

Título

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

Autores:

MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA, MONCIN TORRES CARLOS ANGEL, RUBIO PEREZ MARIA DEL CARMEN, MURILLO ANDRES MARIA ROSA, DUEÑAS TURON MARIA PILAR, BENTURA ALMAZOR MARIA, ALAYA OTO VIOLETA AUREA, PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA

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: TODAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La PE permite al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático a través de un dispositivo electrónico (ordenador, Tablet-PC) evitándose tanto la transcripción del farmacéutico como la de enfermería. Estos sistemas disponen de una serie de ayudas, orientadas hacia un sistema de soporte a la decisión clínica, que en esencia son bases de datos de medicamentos, las cuales son generalmente mantenidas y actualizadas por los farmacéuticos del servicio de farmacia o bien están disponibles en el mercado.

El objetivo es disponer de una herramienta segura y eficaz para la PE de las órdenes de tratamiento por parte del médico, evitando transcripciones posteriores de la misma, para los pacientes ingresados y ambulatorios (de hospital de día y urgencias)

El sistema debe estar conectado o disponer de los siguientes elementos:

- Admisión. Archivo.
- Historia Clínica del Hospital
- Historia Farmacoterapéutica tanto de pacientes ingresados como de ambulantes y externos
- Base de datos de personal sanitario
- Cuidados de enfermería y registro de administración de medicamentos
- Laboratorios: Microbiología, Bioquímica, Hematología, Inmunología
- Prescripción de receta médica oficial al alta del paciente
- Información al paciente al alta
- Bases de datos de medicamentos nacionales e internacionales instalados en la aplicación y en Internet (BOT, Micromedex, etc)

- Registro de Intervenciones Farmacéuticas a la prescripción médica

Desde el año 2.010 se dispone en el Servicio de Farmacia de este hospital del programa de gestión de farmacia FarmaTools. Dicho programa comprende una serie de módulos de trabajo que hacen posible la PE y la implantación de elementos de seguridad para los pacientes:

- Módulo de Pacientes Externos: para la dispensación a los pacientes que vienen a recoger su medicación al hospital (diversos programas como VHC, VIH, EM, tratamientos biológicos, etc.)
- Módulo pacientes ambulatorios: dispensación a pacientes a los que se administra su medicación en hospital de día.
- Módulo de Unidosis: Mediante este módulo se hace la PE para la dispensación a pacientes ingresados. Ésta es validada por un farmacéutico y posteriormente se puede hacer la dispensación en dosis unitarias utilizando los carros con cajetines en cada uno de los cuales se ubica la medicación para un paciente para 24 horas, o bien se puede utilizar la medicación del stock de la planta de hospitalización. En cualquiera de los casos se deberá imprimir un listado de administración que utilizará el personal de enfermería.

En la actualidad se realiza la PE en la unidad de hospitalización de la 5ª planta (Psiquiatría), en 2ªB (Neumología y Digestivo) y para los pacientes de Hospitalización a Domicilio.

Los sistemas de dispensación con intervención previa del farmacéutico tienen como objetivo conocer la historia farmacoterapéutica de los pacientes, promoviendo la intervención farmacéutica (sustitución genérica y/o terapéutica) antes de la dispensación y administración de los fármacos, colaborando activamente en la disminución de los errores de medicación, interacciones y reacciones adversas.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es la implantación de este mismo sistema de prescripción en la unidad de hospitalización 1ªA (cirugía y digestivo) y la implementación de la distribución en dosis unitarias. La población diana es por tanto la formada por todos los pacientes que ingresen en la citada unidad de hospitalización.

MÉTODO

Se prevén las siguientes actividades:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0722

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

- Preparación de un listado de consumos de medicamentos de 1ªA para incluir en el armario rotatorio vertical los medicamentos de uso en dicha unidad de hospitalización que se dispensarán en los carros de unidosis, e inclusión de un stock de dichos medicamentos en el citado armario.
- Creación de las camas en espera para inclusión de pacientes en el módulo de FarmaTools previamente al ingreso.
- Inclusión en el módulo de unidosis de FarmaTools de los protocolos de uso de los servicios de Cirugía y Digestivo.
- Formación del personal facultativo responsable de los pacientes de la unidad de hospitalización 1ªA.
- Entrega del manual de prescripción.
- Formación del personal de enfermería de la unidad de hospitalización. Entrega del manual de prescripción.
- Inicio de la prescripción electrónica.
- Inicio de las dispensación en dosis unitarias.

INDICADORES

Indicadores

- Implantación de la PE en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico. Valores posibles: Si, NO
- Implantación de la dispensación en dosis unitarias en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico. Valores posibles: Si, NO

DURACIÓN

- Preparación de un listado de consumos: Farmacéuticos. Enero 2018.
- Creación de camas en espera: Farmacéuticos. Enero 2018.
- Inclusión protocolos: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Formación del personal facultativo: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Formación del personal de enfermería: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Inicio de la prescripción electrónica: Farmacéuticos. Marzo 2018.
- Inicio de las dispensación en dosis unitarias: Farmacéuticos. Marzo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE CARLOS ANGEL MONCIN TORRES
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VARELA MARTINEZ ISABEL
PORTEIRO VALIEN MARIA BELEN
BENTURA ALMAZOR MARIA
PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA
ALAYA OTO MARIA AUREA
PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL
PEREZ VERA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se redactó un procedimiento escrito describiendo lo procesos necesarios a desarrollar y las especificaciones para cada unos de ellos

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambios de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Llevar a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se envió información a las unidades clínicas por correo electrónico en relación con el proceso que se iba a acometer y la progresividad del mismo.

En las reuniones del Grupo de Mejora del Servicio de Farmacia se dio al personal auxiliar la formación relativa al concepto de código-H y prescripción por principio activo y se explicaron los aspectos prácticos como la ordenación de los medicamentos y los cambios a realizar en los sistemas automatizados Pyxis y Rotapharm.

Se ha elaborado un listado con los medicamentos del almacén de farmacia indicando el número total de los mismos y la cifra de fármacos con código-H asignado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De acuerdo con el proyecto, se ha calculado el valor del indicador de la Serie 1:

Se ha alcanzado un 10% de implantación de códigos-H en el almacén general de Farmacia, frente a un objetivo del 5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- Porcentaje de implantación: se ha superado el objetivo marcado, aunque la lentitud del proceso hace que la implantación completa vaya a durar varios años con los recursos actuales.

2- Actuaciones secundarias: el cambio de los códigos supone en muchos casos un cambio de ubicación en las estanterías del almacén de Farmacia. Dicho cambio sólo es posible mediante una ampliación de la capacidad de almacenamiento para lo cual se han planificado una serie de actuaciones como la instalación de estanterías adicionales y el traslado de ciertos productos al almacén de sueros que requieren compra de material y cambios en funciones del personal que nos han sido autorizados por los responsables de los mismos (ajenos al Servicio de Farmacia).

3- Se recomienda agilizar la compra e instalación de estanterías adicionales y el traslado de ciertos productos al almacén de sueros.

7. OBSERVACIONES.

La falta de recursos humanos y materiales hizo que no fuera posible lograr los resultados óptimos que hubieran redundado en una prescripción electrónica adaptada a los objetivos propuestos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/859 ===== ***

Nº de registro: 0859

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:

MONCIN TORRES CARLOS ANGEL, VARELA MARTINEZ ISABEL, PORTERO VALIEN MARIA BELEN, BENTURA ALMAZOR MARIA, PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA, ALAYA OTO VIOLETA AUREA, PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL, PEREZ VERA SUSANA

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: todas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prescripción electrónica asistida contribuye a racionalizar el uso de los fármacos y a incrementar la seguridad del paciente en relación con los tratamientos farmacológicos. La utilización de la prescripción por principio activo supone el empleo de un lenguaje común por todos los profesionales y pacientes evitando confusiones y problemas de comprensión. También promueve el uso de medicamentos genéricos aumentando la eficiencia.

En relación con la prescripción por principio activo está la utilización del denominado código-H. Se trata de un instrumento de gestión de los medicamentos cuya finalidad es facilitar la intercambiabilidad de las diferentes presentaciones de medicamentos que puedan utilizarse en un centro hospitalario. Un código-H es aquel que define una forma farmacéutica y dosis de un determinado principio activo, independientemente de la marca y del número de unidades posológicas del medicamento.

La prescripción por principio activo es una demanda tanto de los facultativos como de la dirección del centro. La utilización del código-H facilita la gestión de los medicamentos en el servicio de farmacia

RESULTADOS ESPERADOS

Implantación del código-H para que se prescriba por principio activo. Adicionalmente se logrará una gestión más eficaz de las existencias de medicamentos

MÉTODO

Para lograr los objetivos del proyecto son necesarios varios procesos:

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambio de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Lleva a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se hará una primera reunión en la que se redacte un procedimiento escrito con los pasos citados, incluyendo los detalles técnicos que afecten a cada uno de ellos, de manera que las personas que realicen las distintas etapas del proceso dispongan de un documento con instrucciones precisas

Formación: se formará al personal de Farmacia con instrucciones sobre el concepto de código-H y el de prescripción por principio activo y qué acciones corresponderán a los diferentes componentes del servicio de farmacia

Seguimiento: se recopilará la información sobre los cambios producidos, confeccionando listados actualizados de los medicamentos existentes en el almacén de farmacia con sus denominaciones actualizadas

Plan de comunicación: mensualmente se hará llegar al personal de Farmacia y al personal médico y de enfermería del hospital y de los centros a los que se dispensan medicamentos (CAMP, residencia de Movera, ESAD, CME Grande Covián) los listados actualizados de medicamentos con las denominaciones comerciales y las correspondientes denominaciones por principio activo

INDICADORES

Proponemos 2 series de indicadores, en dependencia de los recursos humanos disponibles:

Serie 1: con los recursos actuales (3 farmacéuticos y 6 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 1: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 1 = (A/B)x100

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 5% (anual)

Serie 2: con incremento de recursos (4 farmacéuticos y 7 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 2: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 2 = (A/B)x100

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 50% anual

DURACIÓN

La duración del proyecto depende de los recursos humanos y materiales disponibles. En el primer caso, con los recursos actuales el proyecto duraría varios años, siendo difícil concretar con exactitud ya que es difícil hacer una estimación. Con los recursos humanos incrementados se podría hacer en un máximo de 2 años

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS ANGEL MONCIN TORRES
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VARELA MARTINEZ ISABEL
PORTEIRO VALIEN MARIA BELEN
BENTURA ALMAZOR MARIA
PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA
ALAYA OTO MARIA AUREA
PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL
PEREZ VERA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Año 2018

En el año anterior se redactó un procedimiento escrito describiendo lo procesos necesarios a desarrollar y las especificaciones para cada uno de ellos

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambios de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Llevar a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se envió información a las unidades clínicas por correo electrónico en relación con el proceso que se iba a acometer y la progresividad del mismo.

En las reuniones del Grupo de Mejora del Servicio de Farmacia se dio al personal auxiliar la formación relativa al concepto de código-H y prescripción por principio activo y se explicaron los aspectos prácticos como la ordenación de los medicamentos y los cambios a realizar en los sistemas automatizados Pyxis y Rotapharm.

Se elaboró un listado con los medicamentos del almacén de farmacia indicando el número total de los mismos y la cifra de fármacos con código-H asignado.

De acuerdo con el proyecto, se calculó el valor del indicador de la Serie 1, alcanzándose un 10% de implantación de códigos-H en el almacén general de Farmacia, frente a un objetivo del 5%

Año 2019

De acuerdo con el procedimiento redactado el año 2018, se han continuado con la conversión de códigos de artículo pasándolos de código nacional a código-H, con la consiguiente creación de códigos-H en el Maestro de Artículos, reubicación en las estanterías, etiquetado, cambios en el armario rotatorio Rotapharm y en el sistema de dispensación Pyxis, y la aparición en el programa de prescripción FarmaTools de los nombres de los medicamentos con su nombre de principio activo en lugar del nombre comercial o de fantasía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De acuerdo con el proyecto, se ha calculado el valor del indicador de la Serie 1:

Se ha alcanzado un 20% de implantación adicional de códigos-H en el almacén general de Farmacia, frente a un objetivo del 5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1- Porcentaje de implantación: nuevamente se ha superado el objetivo marcad.
- 2- Actuaciones secundarias: el cambio de los códigos supone en muchos casos un cambio de ubicación en las estanterías del almacén de Farmacia. Dicho cambio sólo es posible mediante una ampliación de la capacidad de almacenamiento para lo cual se han planificado una serie de actuaciones como la instalación de estanterías adicionales y el traslado de ciertos productos al almacén de sueros que requieren compra de material y cambios en funciones del personal que nos han sido autorizados por los responsables de los mismos (ajenos al Servicio de Farmacia).
- 3- Se recomienda agilizar la compra e instalación de estanterías adicionales y el traslado de ciertos productos al almacén de sueros.

7. OBSERVACIONES.

Nuevamente la falta de recursos humanos y materiales hizo que no fuera posible lograr los resultados óptimos que hubieran redundado en una prescripción electrónica adaptada a los objetivos propuestos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/859 ===== ***

Nº de registro: 0859

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
MONCIN TORRES CARLOS ANGEL, VARELA MARTINEZ ISABEL, PORTERO VALIEN MARIA BELEN, BENTURA ALMAZOR MARIA, PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA, ALAYA OTO VIOLETA AUREA, PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL, PEREZ VERA SUSANA

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: todas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prescripción electrónica asistida contribuye a racionalizar el uso de los fármacos y a incrementar la seguridad del paciente en relación con los tratamientos farmacológicos. La utilización de la prescripción por principio activo supone el empleo de un lenguaje común por todos los profesionales y pacientes evitando confusiones y problemas de comprensión. También promueve el uso de medicamentos genéricos aumentando la eficiencia.

En relación con la prescripción por principio activo está la utilización del denominado código-H. Se trata de un instrumento de gestión de los medicamentos cuya finalidad es facilitar la intercambiabilidad de las diferentes presentaciones de medicamentos que puedan utilizarse en un centro hospitalario. Un código-H es aquel que define una forma farmacéutica y dosis de un determinado principio activo, independientemente de la marca y del número de unidades posológicas del medicamento.

La prescripción por principio activo es una demanda tanto de los facultativos como de la dirección del centro. La utilización del código-H facilita la gestión de los medicamentos en el servicio de farmacia

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación del código-H para que se prescriba por principio activo. Adicionalmente se logrará una gestión más eficaz de las existencias de medicamentos

MÉTODO
Para lograr los objetivos del proyecto son necesarios varios procesos:

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambio de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Lleva a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se hará una primera reunión en la que se redacte un procedimiento escrito con los pasos citados, incluyendo los detalles técnicos que afecten a cada uno de ellos, de manera que las personas que realicen las distintas etapas del proceso dispongan de un documento con instrucciones precisas

Formación: se formará al personal de Farmacia con instrucciones sobre el concepto de código-H y el de prescripción por principio activo y qué acciones corresponderán a los diferentes componentes del servicio de farmacia

Seguimiento: se recopilará la información sobre los cambios producidos, confeccionando listados actualizados de los medicamentos existentes en el almacén de farmacia con sus denominaciones actualizadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Plan de comunicación: mensualmente se hará llegar al personal de Farmacia y al personal médico y de enfermería del hospital y de los centros a los que se dispensan medicamentos (CAMP, residencia de Movera, ESAD, CME Grande Covián) los listados actualizados de medicamentos con las denominaciones comerciales y las correspondientes denominaciones por principio activo

INDICADORES

Proponemos 2 series de indicadores, en dependencia de los recursos humanos disponibles:

Serie 1: con los recursos actuales (3 farmacéuticos y 6 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 1: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 1 = $(A/B) \times 100$

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 5% (anual)

Serie 2: con incremento de recursos (4 farmacéuticos y 7 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 2: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 2 = $(A/B) \times 100$

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 50% anual

DURACIÓN

La duración del proyecto depende de los recursos humanos y materiales disponibles. En el primer caso, con los recursos actuales el proyecto duraría varios años, siendo difícil concretar con exactitud ya que es difícil hacer una estimación. Con los recursos humanos incrementados se podría hacer en un máximo de 2 años

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0413

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL VARELA MARTINEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONCIN TORRES CARLOS ANGEL
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE
PEÑA GONZALEZ ELENA
NERIN DE LA PUERTA JUAN MANUEL
ALAYA OTO VIOLETA AUREA
PEREZ VERA SUSANA
MURILLO ANDRES MARIA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se realizó una revisión de los protocolos médicos consensuado con el Servicio de Digestivo.
2. En base a esta revisión se adecuaron los protocolos que estaban previamente introducidos en el módulo de dispensación ambulatoria (DPA) de la aplicación FarmaTools.
3. Se introdujeron protocolos nuevos que no estaban incluidos con anterioridad y se consideraron necesarios.
4. Se actualizaron las hojas de preparación de los fármacos, ajustando la forma de preparación teniendo en cuenta los volúmenes vehículos de reconstitución y dilución adecuados a los diferentes fármacos.
5. Se ajustaron las velocidades y tiempos de infusión y las características propias para la administración de cada fármaco que quedan debidamente reflejados en la hoja de administración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad queda pendiente el último punto del proyecto de mejora que sería la implantación final de la prescripción electrónica (en el área médica y de enfermería) y su uso habitual en la práctica clínica. No ha sido posible implantarlo dentro del calendario previsto debido a problemas logísticos en el hospital de día donde se prevé que a lo largo de este año se pueda iniciar y se realizará una memoria de seguimiento del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1- Se mantiene el mismo indicador una vez implantada la prescripción electrónica en los pacientes ambulantes del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova.
- 2- Se recomienda agilizar la implantación electrónica en otros servicios implicados cuyos tratamientos se administran en Hospital de Día. De esta manera se unificarán las actividades del personal de enfermería de dicha unidad. Así todos los tratamientos de los pacientes que allí se administran quedaran recogidos de forma electrónica en la DPA. Esto permitirá la impresión de la hoja de administración y el registro de la administración en el programa informático en todos los pacientes (independientemente del Servicio del que provengan)
- 3- La prescripción electrónica médica y de administración por parte de enfermería otorga al proceso de prescripción de los pacientes ambulantes la seguridad y trazabilidad necesaria. En la actualidad el modelo de prescripción manual ha quedado obsoleto por lo que el cambio es necesario.

7. OBSERVACIONES.

La falta de recursos humanos y materiales hizo que no fuera posible lograr los resultados óptimos que hubieran redundado en una prescripción electrónica adaptada a los objetivos propuestos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/413 ===== ***

Nº de registro: 0413

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VARELA MARTINEZ ISABEL, MONCIN TORRES CARLOS ANGEL, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, PEÑA GONZALEZ ELENA, NERIN DE LA PUERTA JUAN MANUEL, ALAYA OTO VIOLETA AUREA, PEREZ VELA SUSANA, MURILLO ANDRES MARIA ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0413

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prescripción electrónica es una herramienta segura y eficaz que evita errores de prescripción, transcripción, preparación y administración de medicamentos. Al estar los protocolos definidos y consensuados a priori, al introducir las medidas antropométricas del paciente se calculan de manera automática las dosis y se programan en la agenda los ciclos sucesivos pudiendo incluir diferentes alertas que añaden seguridad a todo el proceso. También permite la impresión de la hoja de preparación (que recoge las características básicas de la preparación de cada mezcla), las etiquetas pertinentes que acompañan a cada preparación y la hoja de administración (donde se indica tiempo de perfusión y características especiales de administración).
En la actualidad este proceso está informatizado solo a nivel del Servicio de Farmacia. Tanto la prescripción médica como de administración de enfermería se realizan de forma manual en papel.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumento de la seguridad del paciente.
- Disminución de la probabilidad de error.
- Aumento en la seguridad del proceso de transcripción médica, validación farmacéutica, preparación del fármaco y administración por parte de enfermería.
- Mejora de la trazabilidad del proceso.

Población diana: Pacientes ambulantes del Servicio de Aparato Digestivo. Servicios implicados: Servicio de Farmacia, Servicio de Aparato Digestivo y personal de enfermería del Hospital de Día.

MÉTODO

1. Revisión de los protocolos introducidos en el programa informático y adecuación de los mismos consensuado con el Servicio de Aparato Digestivo.
2. Formación de los médicos prescriptores.
3. Formación del equipo de enfermería.
4. Inicio de la prescripción electrónica y supresión de la prescripción en papel.

INDICADORES

Indicador: Numero de prescripciones electrónicas versus no electrónicas del total de prescripciones. El valor que se espera alcanzar es el 100%.

DURACIÓN

Junio 2018 - Revisión de los protocolos.
Septiembre - Octubre 2018 - Formación a médicos prescriptores y enfermería. Noviembre 2018 - Implantación de la prescripción electrónica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0776

1. TÍTULO

REALIZACIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ PASAMAR MILLAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LABUENA VELA NOELIA
MENDOZA BOLLO ANA ISABEL
MARCO GARCIA MIRIAM
GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO
ALEGRE BUENO GEMMA
GARCIA CLOS MARIA EUGENIA
DE MARTINO MESA YASMINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la solicitud de inclusión de este proyecto inicialmente nos planteamos la realización de un protocolo para la administración de citostáticos a pacientes ingresados en nuestro servicio.

En un principio decidimos ocuparnos tanto de la seguridad clínica del paciente como de la del personal sanitario encargado de administrar el tratamiento y en contacto con las excretas o residuos generados por los mismos.

Sin embargo, durante el desarrollo del proyecto creímos conveniente centrarnos en el primero de los dos apartados y posponer el tema de la seguridad del profesional para un futuro proyecto.

Es por ello que se llegó al consenso de modificar los objetivos que fijamos inicialmente y cambiar los indicadores utilizados.

Pensamos en la necesidad de averiguar qué deficiencias apreciábamos en los cuidados administrados al paciente antes de establecer un procedimiento, qué acciones se estaban omitiendo o qué errores se estaban cometiendo para poder corregirlos y mejorar la calidad de atención al mismo.

Así se comenzó a trabajar sin una pauta establecida y basándonos simplemente en las órdenes médicas y en el intercambio de información entre enfermeros en los diferentes turnos.

Tras varios meses de administración de tratamientos, se realizó una búsqueda aleatoria en las historias de pacientes ingresados a los que se había administrado citostáticos para comprobar si se habían efectuado cuidados estandarizados y todo ello había quedado reflejado en la historia del paciente, o por el contrario, la información registrada era incompleta y como consecuencia pudiera aparecer algún efecto secundario indeseable.

Tras el análisis de los resultados se realizó un nuevo documento (check list) para incorporar en las historias de pacientes ingresados con tratamiento quimioterápico y así poder seguir un procedimiento estandarizado en su atención. Dicho documento fue presentado al Jefe de Servicio de Hematología (Dr. López), así como a la comisión de documentación clínica del hospital siendo aprobado por ambos para su utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la auditoría de 12 historias de pacientes hematólogicos ingresados en el servicio desde 2018 hasta diciembre de 2019 para administración de tratamientos quimioterápicos, y en caso de tener varios ingresos, ser elegido uno de ellos de forma aleatoria, se midieron los indicadores citados a continuación obteniendo los siguientes resultados:

Número de pacientes que recibieron tratamiento antineoplásico: 12

% de pacientes que tenían reflejado en la historia los siguientes indicadores:

Realización de protocolo de valoración al ingreso: 50 %

Prescripción del tratamiento y solicitud a farmacia para comenzar su administración antes de las 11 horas AM.: 25 %

Toma de constantes previa a la administración del tratamiento: 100%

Canalización de la vía utilizar: 16,6 % no precisó por ser tratamiento subcutáneo, 33,3 % sí quedó reflejado, 50 % no quedó reflejado.

Aparición de complicaciones (flebitis, efectos secundarios...): 75 %

Confirmación del tratamiento a farmacia a primera hora de la mañana los días consecutivos (si no ha habido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0776

1. TÍTULO

REALIZACIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

complicaciones que lo contraindiquen): 16,6 % no precisó, 41,6 % sí quedó reflejado, 41,6 % no quedó reflejado.

Cambio equipo de gotero (árbol) previa administración de tratamiento en los días consecutivos: 16,6 % no procede, 0 % sí reflejado, 83,3 % no reflejado.

Heparinización de la vía central o retirada de la vía periférica al finalizar el tratamiento según el protocolo establecido: 25 % no procede por ser tratamiento subcutáneo, 41,6 % si reflejado, 33,3% no reflejado.

Entrega de medicación al alta para administrar en su domicilio: 41,6 % no prescrita, 41,6 % sí reflejado, 16,6 % no reflejado.

Petición de ambulancia: 83,3 % no precisó, 16,6 % si reflejado, 0 % no reflejado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión tras la obtención de resultados es que la falta de registro de actividades realizadas en la historia clínica del paciente impide conocer si dichas actividades han sido correctamente llevadas a cabo por el equipo de enfermería, lo que se podría traducir en fallos que repercuten negativamente sobre la calidad de cuidados del paciente. Por esta razón creemos totalmente aconsejable la introducción de un nuevo documento en la historia clínica del paciente (Check List), en el que de forma sencilla se puede reflejar el procedimiento a seguir desde el mismo ingreso del paciente hasta su alta hospitalaria, recopilando la información en un único documento, unificando criterios y garantizando la administración de citostáticos de forma segura, evitando efectos indeseables para el paciente y mejorando la calidad asistencial.

La valoración tanto por parte del equipo de mejora que forma parte de este proyecto como del resto del personal del servicio que puede beneficiarse del uso del mismo es totalmente positiva, refiriendo de forma unánime una mejoría para el servicio y una mayor seguridad a la hora de evitar omisiones en los cuidados administrados. Así mismo se llega a la conclusión de que supone una ventaja a la hora de facilitar el trabajo a personal de nueva incorporación, así como de personal que trabaja esporádicamente en el servicio (corretornos, contratos eventuales...).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/776 ===== ***

Nº de registro: 0776

Título
REALIZACION E IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE CITOSTATICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HRV

Autores:
MARCO GARCIA MIRIAM, MENDOZA BOLLO ANA ISABEL, LABUENA VELA NOELIA, PASAMAR MILLAN BEATRIZ, SAZ SOLER MARIA ISABEL, GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO, RUJULA AZNAR MARGARITA, PORTUGAL GARCIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En febrero de 2018 se instauró el Servicio de Hematología en la unidad 1*B del HRV, siendo el personal de enfermería perteneciente al mismo el responsable de los cuidados y administración de tratamientos antineoplásicos al paciente hematológico. actualmente las cifras de cáncer a nivel nacional esta al alza siendo cada vez mas común que en las plantas se atiendan a pacientes con algún tipo de tratamiento antineoplásico. Este grupo de fármacos puede incluir la quimioterapia que actúa directamente sobre el tumor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0776

1. TÍTULO

REALIZACIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS A PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

mediante químicos, inmunoterapia que son unos fármacos de "reciente" aparición que estimula al sistema inmune con el fin de luchar contra la enfermedad o bien anticuerpos que se unen específicamente a ciertas proteínas determinadas. Si bien las terapias rara vez son monoterapicas surge la necesidad de instaurar unas bases para su correcta administración tanto por la salud y seguridad del paciente como la del propio personal de enfermería que la administra.

Su administración puede realizarse por vía central (la más frecuente en nuestro servicio), subcutánea y ocasionalmente oral. Por sus posibles efectos teratogénicos en el caso de la mujer fértil como otros debido a la incorrecta manipulación o no portar el epi adecuado, por ello, son tratamientos que precisan un control minucioso en su administración. Durante la manipulación de tratamientos antineoplásicos se requieren observar una serie de medidas a fin de reducir las complicaciones para el paciente, asegurar el máximo beneficio del tratamiento y proteger al Personal sanitario de los riesgos potenciales que poseen estas sustancias. Ante tal situación y las dificultades detectadas en el manejo de estos fármacos, se considera necesario realizar un procedimiento de actuación en la administración de tratamientos antineoplásicos, para garantizar unos cuidados de calidad, aumentar la seguridad tanto del paciente como de los profesionales que lo administran y la confianza en el manejo de dichos tratamientos por parte del Personal encargado de su uso disminuyendo también riesgos para su salud.

Población diana:

- * Pacientes ingresados con prescripción de quimioterapia por el servicio de hematología.
- * Enfermeros que desarrollan su actividad asistencial en la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar criterios a la hora de administración de tratamientos antineoplásicos, mediante la creación de un procedimiento de actuación. Garantizar la administración de los tratamientos dentro de las normas de seguridad establecidas. Reducir el riesgo laboral en la manipulación de estos tratamientos.
- Reducir los errores en la administración de los antineoplásicos que puedan derivar en un daño al paciente.
- Garantizar la correcta eliminación de residuos y excretas del paciente según normativa vigente.

MÉTODO

Realización de un procedimiento de actuación para la administración de tratamientos antineoplásicos. Realización de un Check-list con las actividades a realizar dentro del procedimiento de actuación desde el momento de ingreso del paciente, que cubran cada actuación llevada a cabo en la utilización de medicación antineoplásica.

INDICADORES

- % de pacientes que tienen el check list rellenado correctamente.
- % de pacientes que tienen en el check list rellenado parcialmente.
- Se realizarán mediciones cada tres meses siendo en los meses julio, octubre y enero.

Los datos serán recogidos en una base de datos destinada para tal fin y a través de la cual se realizarán los análisis estadísticos necesarios.

DURACIÓN

- * Elaboración del procedimiento de actuación: abril 2019
- * Aceptación del procedimiento por la comisión de cuidados de Hospital Royo Villanova
- * Aceptación por la Comisión de documentación clínica del Hospital Royo Villanova
- * Implantación del procedimiento de actuación: mayo 2019
- * Auditoría y revisión de historias para comprobación de la implantación del Check-list: julio 2019-octubre 2019-enero 2020.

OBSERVACIONES

Se informa al jefe del servicio de Hematología Dr Lopez acerca del proyecto a desarrollar así como al supervisor de la unidad Javier Campillo.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1181

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ESTHER SOLIS PASTOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION A DOMICILIO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YAGUE NOGUE MARIA
MARTINEZ ASENSIO SUSANA
TERREN PUIG GEMMA
SEQUEROS SAZATORNIL MARIA PILAR
GRACIA ASO NOELIA
SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de una hoja de registros de enfermería para recogida de los siguientes datos: Tensión arterial, Frecuencia cardiaca, Saturación de oxígeno, Temperatura, Glucemias, Peso, Ingesta hídrica, Diuresis, Cateteres venosos periféricos (calibre, lugar, cambio de aposito, fecha), Otras vías (tipo, lugar, cura, fibrilín), Infusor elástico, Bomba electrónica, Sonda vesical (colocación, globo, cambio, retirada), Cura plana, Analítica de sangre, Hemocultivos, Urocultivo, Frotis, Otros (control de pruebas complementarias).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde la implantación del registro se ha realizado en el 100% de los pacientes atendidos en nuestra unidad. Se ha conseguido llevar un seguimiento del registro de todas las actividades realizadas por enfermería durante el ingreso del paciente. Se han prevenido flebitis, al registrar el tiempo que el paciente lleva los catéteres insertados. Mejor control de los cambios de equipo de las bombas de infusión. Mejor seguimiento de las pruebas complementarias. Mejor seguimiento de pacientes con Insuficiencia Cardíaca al recoger datos como: peso, ingesta hídrica y diuresis. En otros se registran actividades como: Escala EVA, deposiciones, vómitos, edemas, entre otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El tener un registro de enfermería para anotar los datos sobre el paciente diariamente mejora el seguimiento del mismo y a recoger datos para futuras investigaciones.

7. OBSERVACIONES.

Agradecimiento expreso a todo el equipo de Hospitalización a Domicilio por colaborar en implantar la hoja de registros de enfermería.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1181 ===== ***

Nº de registro: 1181

Título
IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Autores:
SOLIS PASTOR ESTHER, YAGÜE NOGUE MARIA, MARTINEZ ASENSIO SUSANA, TERREN PUIG GEMMA, SEQUEROS SAZATORNIL PILAR, GRACIA ASO NOELIA, SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ

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: TODO TIPO DE PATOLOGIAS SUSCEPTIBLES DE INGRESO EN HAD.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO, VEMOS LA NECESIDAD DE IMPLANTAR UN RESGISTRO DE ENFERMERIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1181

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

PARA SABER EN QUE FECHA SE HA RELAIZADO CUALQUIER TECNICA ENFERMERA, Y ASI SERNOS DE AYUDA PARA REALIZAR UNA CORRECTA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS, ASI MISMO PENSAMOS QUE LA CREACION DE UN REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA DAR UNA BUENA CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE. OBSERVAMOS POR EJMEPLO, QUE LOS CATETERES IV O SC SE RETIRAN POR EL DETERIORO DEL MISMO ANTES QUE POR UN PROTOCOLO QUE ESTABLEZA UN NUMERO DE DIAS PARA SU RECAMBIO.

RESULTADOS ESPERADOS

PODER IMPLANTAR LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LAS TECNICAS DE CUIDADOS EN CUANTO A SU TIEMPO DE REALIZACION. LA POBLACION DIANA SERA TODO PACIETNE IONGRESADO EN EL SERVCIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO QE PRECISE DE CUIDADOS ESPECIFICOS DE ENFERMERIA.

MÉTODO

SE CREARA UNA HOJA DE REGISTRO PARA ASI PODER REFLEJAR TODO TIPO DE CURAS, CATETERES, SONDAJES Y TODAS TECNICOCAS ENFERMERAS.

SE CREARA UNA BASE DE DATOS A LA QUE TRASLADAREMOS LOS DATOS RECOGIDOS EN LAS HOJAS DE REGISTRO.

EN EL CAMBIO DE TURNO SE COMUNICARAN LAS INCIDENCIAS REFLEJADAS EN LOS RESGISTROS PARA QUE TODO EL EQUIPO TENGA CONOCIMIENTO DE ELLOS.

LA RECOGIDA DE DATOS SERA UTILIZADA EN FUTUROS PROYECTOS DE INVESTIGACION DE LA UNIDAD.

INDICADORES

CONSEGUIR UN REGISTRO DE UN 90% DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAREMOS DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2018, FRENTE A LA AUSENCIA DE LOS MISMOS EN EL 2017.

DURACIÓN

SE LE COMUNICARA A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO LA NECESIDAD DE UNA EXAHUSTIVA RECOGIDA DE DATOS.

LA DURACION SERA DESDE EL 1 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR NIEVAS MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIOS HERRERO ANTONIO
GARCIA MONCLUS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Conforme al calendario previsto, en abril se instalaron las aplicaciones informáticas winMedtra y winSehtra en los equipos informáticos de la Unidad en fase de preproducción.

Se asistió a reuniones formativas del área técnica: 4 sesiones (marzo y abril) y sanitaria (2 sesiones).

Participación en reuniones para la adaptación del Manual de gestión a la ISO 45001, área sanitaria y área médica, desde junio a diciembre.

Actividades realizadas hasta la fecha:

1. Participación en el grupo de trabajo sanitario: Se ha finalizado la revisión del programa Medtra. Se han incorporado cuestionarios y protocolos, revisado la herramienta y elaborado instrucciones para el registro uniforme de las actuaciones (claves de diario).

2. Participación en el grupo de trabajo técnico: puesta en común modelos evaluación de riesgo (reuniones en octubre y febrero 2019).

3. Se han detectado problemas y adquirido destrezas antes de su implantación.

En febrero de 2019 se ha autorizado la utilización de la aplicación informática winMedtra en fase producción en el Sector Zaragoza III y Unidad Central de Prevención de Riesgos Laborales, por lo que no se ha podido cumplir el calendario propuesto (septiembre 2018).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En los grupos de trabajo se ha participado activamente. Se ha asistido a las reuniones programadas y se han hecho aportaciones para la mejora de las aplicaciones informáticas:

- Se han elaborado informes tipo de evaluación de riesgos de varios puestos, para su puesta en común.

- Se han elaborado modelos de informes, cuestionarios y protocolos médicos.

- Se ha incorporado a la aplicación mecanismos de programación/alerta según los cronogramas establecidos (por ejemplo para aplicar protocolos de vigilancia sanitaria, la vacunación o el seguimiento de trabajadores que tienen un accidente biológico).

No se han podido entregar informes definitivos con las aplicaciones Medtra ni Sehtra, por estar la aplicación en fase de preproducción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esta iniciativa está incluida en el Plan Marco para la integración efectiva de la prevención de riesgos laborales y la promoción de la salud en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón (Orden HAP/737/2017, de 5 de mayo).

Las aplicaciones permiten el registro de la información, la comparación de datos y la posibilidad de compartir información entre las Unidades Básicas de Prevención de Riesgos Laborales.

Valoramos positivamente el trabajo de los grupos durante este año, con la participación de compañeros de otros ámbitos de la administración, que ha favorecido el consenso en protocolos y herramientas de trabajo.

Está previsto que el Sector Zaragoza I comience a utilizar la aplicación informática winMedtra en producción en el mes de marzo. Se continuará el trabajo de los grupos hasta su implantación en todas las unidades básicas del Servicio Aragonés de Salud y del Gobierno de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1089 ===== ***

Nº de registro: 1089

Título
IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

Autores:
NIEVAS MARCO MARIA PILAR, PALACIOS HERRERO ANTONIO, GARCIA MONCLUS ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Para la realización de la actividad sanitaria y técnica en las Unidades Básicas de Prevención de Riesgos Laborales no se disponía de ninguna aplicación informática. Esto dificultaba el registro de la información, la comparación de datos entre unidades y la posibilidad de compartir información.
Con la adquisición de las herramientas informáticas MEDTRA y SEHTRA por el Gobierno de Aragón, y su implantación en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales se podrá trabajar en un entorno común que también facilitará la comunicación interdisciplinar entre el área sanitaria y el área técnica.
Esta iniciativa se incluye dentro del Plan Marco para la integración efectiva de la prevención de riesgos laborales y la promoción de la salud en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón (Orden HAP/737/2017, de 5 de mayo).

RESULTADOS ESPERADOS

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales atiende a trabajadores del Salud y estudiantes accidentados. Se pretende realizar:
- Registro informatizado de las actuaciones sanitarias, asegurando la confidencialidad de los datos sanitarios, en un entorno de datos común a otras Unidades de Prevención.
- Unificar entre las Unidades de PRL los modelos de informes técnicos y sanitarios.

MÉTODO

Para llevar a cabo los objetivos propuestos se realizará:
1. Revisión y aprendizaje del funcionamiento de las aplicaciones informáticas.
2. Sesiones formativas y puesta en común con el personal sanitario y técnico de otras unidades (3 sesiones programadas en mayo).
3. Trabajar en la plataforma en fase preproducción, detección de problemas y adquirir destrezas antes de su implantación.

INDICADORES

- Número de aportaciones realizadas para la mejora de las aplicaciones por el área técnica y sanitaria.
- % de informes médicos realizados con aplicación MEDTRA/total de informes emitidos (durante el último trimestre).
- % de evaluaciones de riesgo realizadas con aplicación SEHTRA/total de informes emitidos (durante el último trimestre).

DURACIÓN

- Abril-mayo 2018: Instalación de las aplicaciones en fase de preproducción. Asistencia a las reuniones formativas: área sanitaria y área técnica.
- Junio-agosto 2018: Introducir datos en la aplicación informática. Detectar errores y propuesta de mejoras.
- A partir de septiembre 2018: aplicación informática en fase de producción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0783

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR NIEVAS MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIOS HERRERO ANTONIO
GOMEZ AZCOITIA VICTOR MANUEL
GOMEZ ROYO HECTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Primero se elaboró una encuesta que se adaptaba a las características propias de nuestra Unidad. Se consensó el contenido de la misma en cuanto a la redacción de las preguntas y la valoración del nivel de satisfacción conforme a Encuestas de calidad de Servicios de Atención Primaria. La encuesta explicaba a los trabajadores como se iba a asegurar el anonimato de las respuestas y el objetivo del proyecto: ayudarnos a mejorar la calidad de nuestro servicio.

Incluía ocho ítems para valorar: la información recibida ante las demandas de los trabajadores, si se encontraba solución al problema planteado, capacitación del personal para resolverlo, accesibilidad y limpieza de las instalaciones, tiempo dedicado, amabilidad, cuidado de la intimidad e interés demostrado por el personal que compone la Unidad Básica de Prevención del Sector I. Se incluía una última pregunta sobre el nivel de satisfacción global.

Todos los componentes de la Unidad (auxiliar administrativo, enfermero, técnico y médico) participamos activamente en la atención de los trabajadores. Muchos trabajadores que acuden a la unidad por problemas laborales requieren una respuesta multidisciplinar (técnica y sanitaria), según el problema planteado en la entrevista. El estudio de los resultados nos ofrecería un análisis multifocal del trabajo realizado. La encuesta se aprobó en reunión de equipo en el mes de abril, conforme a calendario propuesto.

Ese mes se quedó sin cubrir la plaza del técnico de la Unidad. Inicialmente pensamos que esta situación sería breve, y se postpuso la distribución de las encuestas hasta que estuviéramos todos los integrantes de la Unidad. En el mes de noviembre se incorporó el técnico, y a final de mes se comenzaron a distribuir las encuestas a los trabajadores. En el momento de la citación se le entregaba al trabajador, que la depositaba en una caja colocada en el pasillo al abandonar la Unidad, y que sólo se abrió para recoger el conjunto de las encuestas recogidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Teniendo en cuenta los indicadores utilizados en Encuestas de Satisfacción consideramos el grado de acuerdo del entrevistado con una serie de afirmaciones a través de una escala de Lickert, entre 1 y 5. Se consultaron diversos estudios de Satisfacción de Usuarios aplicados en Servicios de Atención Primaria y se acordó:

- Aplicar factores de corrección si la respuesta del trabajador estaba entre los valores 1 (nada satisfactorio, mucho peor de lo que esperaba), 2 (poco satisfactorio) y 3 (adecuado, como lo esperaba).

- Para cada pregunta se obtendría un porcentaje: resultado inferior al 50% si la situación era muy mejorable, hasta porcentaje superior al 90% se valoraría como no mejorable, incluyendo un rango intermedio de posibilidades.

Se recogieron un total de 55 encuestas. Con las respuestas obtenidas se han obtenido los siguientes porcentajes:

1. La solución que se le ha dado a su problema: 95
2. La amabilidad del personal: 98
3. La capacitación del personal para realizar su trabajo: 97
4. El interés del personal que le ha atendido: 97
5. La información recibida por Ud. acerca del motivo de su consulta/solicitud: 94
6. El tiempo dedicado por el personal durante la consulta: 95
7. La accesibilidad y limpieza de las instalaciones: 92
8. El cuidado de la intimidad durante la consulta: 94
9. Su nivel de satisfacción global: 95

El grado de satisfacción alcanzado en las ocho preguntas fue excelente, lo que indica que el servicio prestado fue mejor que lo que inicialmente esperaban. La pregunta en la que se obtuvo un peor resultado, está relacionada con la accesibilidad y las instalaciones, y se han planteado propuestas para su mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras analizar las respuestas, valoramos los resultados de la Encuesta de Satisfacción muy positivamente.

- El indicador de carácter más global indica que, en un elevado porcentaje (95%), los encuestados se encuentran muy satisfechos con la atención recibida en la unidad.

- Analizando específicamente cada uno de los aspectos relacionados con las características estructurales, accesibilidad, percepción sobre los profesionales en sus diferentes dimensiones de trato y competencia, los trabajadores/usuarios coinciden en una alta valoración de la mayoría de los aspectos enumerados.

- Pensamos que mediante esta encuesta (anónima y breve), se favorece que los trabajadores puedan plantear

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0783

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

sus inquietudes, ha mejorado la percepción que tenían del servicio, y en general agradecen poder implicarse en el proceso de mejora de la Unidad Básica de Prevención. Consideramos necesario continuar testando el nivel de satisfacción de los usuarios de manera periódica, como parte fundamental del proceso de mejora de calidad de nuestra Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/783 ===== ***

Nº de registro: 0783

Título
IDENTIFICACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

Autores:
NIEVAS MARCO MARIA PILAR, PALACIOS HERRERO ANTONIO, GOMEZ AZCOITIA VICTOR MANUEL, ACON GARCIA ASCENSION

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales atiende a trabajadores del Sector Sanitario I (atención primaria y especializada) y realiza actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores.
Los trabajadores acuden al Servicio de Prevención solicitando atención sanitaria y asesoramiento en relación a los riesgos presentes en su puesto, accidentes de trabajo o actualización de su estado inmunitario entre otras demandas.
La atención a los trabajadores requiere la participación de todos los integrantes del Servicio (auxiliar administrativo, técnico de prevención, enfermero y médico) que forman parte y participan de manera activa y multidisciplinar en las peticiones de los usuarios.
La administración de la encuesta de satisfacción permitirá testar el grado en el que los trabajadores reciben respuesta a sus solicitudes, y ofrecerá a los integrantes del Servicio de Prevención el feedback del trabajo realizado.

RESULTADOS ESPERADOS
El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales atiende a trabajadores del sector sanitario I. El principal objetivo es la valoración de la asistencia prestada por la Unidad Básica de Prevención, en sus diferentes vertientes: tanto administrativa como asistencial.
Se pretende:
- Conocer la opinión de los trabajadores que acuden al Servicio de Prevención.
- Implementar un plan de mejora con las sugerencias y la información que se obtengan de los usuarios a través de la encuesta de satisfacción.
- Mejorar la calidad de la asistencia.

MÉTODO
Para llevar a cabo los objetivos propuestos se realizará:
1. Elaboración de la encuesta, cuestionario estructurado elaborado específicamente para la investigación.
2. Entrega por parte del auxiliar administrativo de la encuesta en el momento de la citación y se recogerá al alta del proceso. Se facilitarán mecanismos para que las encuestas sean anónimas y todos los datos serán tratados con la debida confidencialidad.
3. Registro de las encuestas. Análisis estadístico del perfil de los usuarios encuestados.
4. Análisis de los resultados para calcular el grado de satisfacción percibido.
5. Puesta en común y evaluación por el grupo de trabajo. Implantación de medidas correctoras en caso de ser necesarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0783

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD BÁSICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

INDICADORES

1. Disponibilidad de la encuesta y creación de la base de datos.
2. Analizar la tasa de respuesta e incidencias: colabora; no colabora; no puede contestar en este momento.
3. Análisis del grado de satisfacción de los usuarios en las diferentes cuestiones: 1- nada satisfactorio-mucho peor de lo que esperaba, 2- poco satisfactorio-peor de lo que esperaba, 3- adecuado-como me lo esperaba, 4- satisfactorio-mejor de lo que esperaba, 5- muy satisfactorio-mucho mejor de lo que esperaba.
4. Evaluación de los distintos ítems con los siguientes criterios: 1- límite inferior de calidad- aspecto muy mejorable, 2- aspecto bastante mejorable, 3- aspecto mejorable, 4- aspecto apenas mejorable, 5- límite superior de calidad- aspecto no mejorable
5. Memoria anual con análisis de los resultados obtenidos y propuestas de mejora: en la organización de la Unidad, en los procedimientos utilizados, en la gestión de recursos humanos y/o materiales o en otros campos. Evaluación de las consecuencias y posibles beneficios obtenidos.

DURACIÓN

- Abril 2019: Elaboración de la encuesta y base de datos.
- Mayo-octubre 2019: Administrar la encuesta a los usuarios de la Unidad.
- Noviembre-diciembre 2019: Análisis de datos. Detección de áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Es un proyecto que se puede extrapolar a cualquier unidad o servicio.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0417

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 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 - 2016/1740

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

• Inglés

• 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 - 2018/0983

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

Fecha de entrada: 11/03/2019

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.

ALIAGA GONZALEZ PILAR
ORTEGA UGARTE SUSANA
GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA
PEREZ FERNANDEZ MARIA ROSARIO
QUILEZ PERNIA ANA MARIA
LAFUENTE GARCIA JESUS PABLO
CAMPOS GUTIERREZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un programa formativo acreditado por la Comisión de Docencia del Sector I, sobre el que se realizaron 4 sesiones formativas realizadas sobre la actualización del sistema y mejora del Sistema de notificaciones de eventos adversos

Asistieron un total de 42 miembros del personal, lo que supone el 85% de la plantilla.

Se realizaron 5 reuniones del Grupo de Calidad de Eventos Adversos de la Unidad, donde se analizaron las 36 notificaciones realizadas, lo que supone un 15% más de notificaciones respecto al año anterior.

Se registraron 2 notificaciones en el SINASP

Finalmente se hicieron las modificaciones necesarias y se elaboraron los documentos en formato electrónico para adaptar el Sistema de Notificación al nuevo sistema de información clínica (ICCA) implantado en la UCI. En estos momentos todos los checklist que existían se han adaptado al ICCA y se está en fase de realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la realización de las sesiones formativas se produjo un aumento en las notificaciones recibidas que se podrían desglosar de la siguiente forma:

El 94,4% de las notificaciones fueron realizadas por enfermería. Los eventos adversos se produjeron en los diferentes turnos, de forma similar. En un 61% estuvieron relacionados con la medicación, siendo ésta la causa más frecuente. Según las personas que notificaron el 91,6% de los eventos fueron evitables. Como las causas más frecuentes del evento adverso: el 75% de los eventos estaban ligados a la falta de atención, el 5,56% estuvieron ligados a problemas de comunicación y otro 5,56% a problemas en la organización del trabajo.

Todos estos datos se han obtenido tras el análisis estadístico de la base de datos donde se recogen todas las notificaciones.

Se realizaron 15 recomendaciones que se enviaron a todo el personal de la Unidad y se elaboraron carteles y un archivo accesible con las 50 recomendaciones más importantes que ha realizado el Grupo de Eventos adversos desde su creación.

Las 15 recomendaciones realizadas son las siguientes:

1. Se aconseja cargar la perfusión del protocolo de Amiodarona en suero glucosado 5% de plástico, ya que al no ser necesario la utilización de cristal con este medicamento, podemos evitar los problemas de aire y purgado del equipo que podemos tener con los frascos de cristal.
2. Se recuerda que las nutriciones Enterales no deben permanecer abiertas más de 24 horas y que se debe rotular en la etiqueta la fecha y hora de apertura de los frascos
3. Utilizar las alargaderas que vienen en los Hudson para su administración, en especial cuando haya que administrar un Hudson con los respiradores Infinity, ya que con éstos, las alargaderas azules se desconectan continuamente.
4. Asegurarnos de tener un volumen adecuado para las alarmas tanto en los monitores de los boxes como en el monitor central.
5. Recordar que se pautan NPT de dos tipos. Nutriciones que tenemos en el almacén de la unidad (NPT Smojkaviben, con o sin electrolitos) y NPT elaboradas en farmacia. Se comenta la necesidad de unificar nomenclaturas con farmacia con respecto a las nutriciones que se preparan en este servicio.
6. Recordar pautar determinados fármacos en unos horarios concretos, como es el caso de las heparinas profilácticas, que establecimos pautarlas a las 20h y el ticagrelor, en el que consideramos más oportuno pautarlo en desayuno y cena en lugar de a las 12h y 24h. E
7. En la hoja de tratamiento, se han sombreado con diferentes tonos de gris, las líneas del apartado de medicación, para evitar confundirnos de línea a la hora de escribir los horarios de administración.
8. Asegurarse de la correcta sujeción de la vía para evitar extracciones accidentales. Se incide en la especial vigilancia de todas aquellas vías centrales que se colocan en quirófano cuya sujeción varía respecto a intensivos.
9. Revisar a la hora de extraer una analítica, que coincide el nombre del paciente con la petición (pegatina) y por tanto, con lo que se registra.
10. Revisar que las nutriciones enterales se administran al ritmo pautado en el tratamiento y que está registrado adecuadamente en la gráfica. Recordar que las velocidades varían según la nutrición que se administre.
11. Si un paciente precisa contención mecánica, se deben utilizar los dispositivos adecuados, para evitar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0983

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

exceso de presión y posibles lesiones.

12. Se recuerda la importancia de revisar las alergias, tanto por el personal facultativo a la hora de la prescripción de los tratamientos, como del personal de enfermería a la hora de la administración.

13. En la extracción de medicamentos del Pixis, asegurarnos que la misma coincide con la solicitada. Se han detectado varios errores de reposición por parte del servicio de farmacia, tema que se ha hablado con dicho servicio.

14. Revisión por parte de los facultativos, que la NPT pedida a Farmacia coincide con la que se prescribe en el tratamiento. Revisión por parte de enfermería a la hora de administrar la NPT, que la que suben de farmacia coincide con la pautada en la hoja del tratamiento.

15. Insistir nuevamente en la importancia de revisar el ritmo de la fluidoterapia y adaptarlo a la nueva orden de tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que este proyecto ha logrado su objetivo de mejorar la cultura de seguridad de nuestra unidad. Se ha podido compartir información y resolver los problemas detectados gracias a la identificación de los factores predisponentes y los fallos en el sistema. Esta actualización de nuestro grupo de Eventos Adversos nos ha permitido rediseñar los procesos con el objetivo de evitar la recurrencia de los EAs y se han desarrollado elementos que permitirán la continuidad del proyecto integrado en el sistema de información clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/983 ===== ***

Nº de registro: 0983

Título
PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

Autores:
TIRADO ANGLAS GABRIEL, ALIAGA GONZALEZ PILAR, ORTEGA UGARTE SUSANA, GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA, PEREZ FERNANDEZ MARIA ROSARIO, QUILEZ PERNIA ANA MARIA, LAFUENTE GARCIA JESUS PABLO, CAMPOS GUTIERREZ ELENA

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: Enfermo crítico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los Servicios de Medicina Intensiva, la gravedad del enfermo crítico, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, la cantidad y complejidad de la información utilizada, los traspasos y la necesidad del trabajo en equipo, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de riesgo para la aparición de eventos adversos. Dichos eventos no solo constituyen un riesgo para los enfermos, sino que, además, representan un coste económico adicional, dañan a las instituciones y a los profesionales y erosionan la confianza de los enfermos en el sistema sanitario.

La seguridad del paciente crítico y la prevención de aparición de eventos adversos siempre ha sido uno de los retos que más ha preocupado al personal de la UCI del HRV. En el año 2015 se constituyó el Grupo de Mejora de Eventos Adversos de la UCI, un grupo multidisciplinar, muy activo, que ha realizado múltiples sesiones formativas de seguridad, ha elaborado encuestas online entre el personal, que ha recogido más de 70 notificaciones de eventos adversos y que se ha reunido en más de 15 ocasiones para analizar las notificaciones recibidas y ha realizado más de 40 recomendaciones de seguridad al personal acordes a las notificaciones recibidas.

En los últimos meses de 2017 se advirtió un descenso en el número de notificaciones recibidas. Esto añadido a la implantación de un nuevo Sistema de Información clínica, con la desaparición del uso del papel hace que sea necesario una actualización y mejora del Sistema de Notificación de Eventos Adversos de la UCI.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0983

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

RESULTADOS ESPERADOS

- " Potenciar la actividad del Grupo
- " Mejorar la formación en Seguridad del personal de la UCI del HRV
- " Empoderar al personal para asumir la responsabilidad de mejorar la seguridad
- " Fomentar el Feedback directo a los que han reportado notificaciones y a los grupos clave dentro de la Unidad.
- " Continuar preservando la confidencialidad y el fomento de la confianza entre los profesionales que reportan y los miembros del Grupo que desarrollan las recomendaciones.

MÉTODO

- " Diseñar un programa formativo acreditado, sobre Seguridad Clínica, Eventos adversos y repaso de las Recomendaciones realizadas en los últimos años.
- " Diseño de los elementos necesarios para incluir el Sistema de notificación de eventos adversos en el nuevo sistema de información de la Unidad.
- " Efectuar nuevas sesiones educativas para impulsar la motivación en la notificación y sus beneficios entre el personal de la Unidad.
- " Publicación en formato papel y electrónico de todas las recomendaciones realizadas hasta la fecha
- " Registro de las notificaciones más interesantes en el SiNASP

INDICADORES

Este proyecto se evaluará mediante los siguientes indicadores:

- " N° de sesiones formativas realizadas
- " Personal asistente a dichas sesiones
- " N° de notificaciones recibidas y características de éstas
- " N° de notificaciones registradas en el SiNASP
- " N° de Recomendaciones realizadas
- " Desarrollo del Sistema de Notificación en el nuevo sistema de información clínica

DURACIÓN

Dicho proyecto tendrá una duración de 12 meses, a lo largo de todo 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0838

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACIÓN AVANZADA E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.
BORDONADA HERRERO MARIA JESUS
LEON CINTO CRISTINA
RAMOS ALDA ISABEL
EZPELETA GALINDO ANA
QUILEZ PERNIA ANA MARIA
LAZO VEGA DIANA
GONZALEZ CABALLERO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2019 se ha implantado el nuevo sistema de monitorización avanzada y un sistema de información clínica en la UCI.

El proyecto se realizó en dos fases para favorecer su implantación y la adaptación del personal a los cambios en el funcionamiento de la Unidad.

En primer lugar se procedió a la instalación de toda la monitorización avanzada. Los nuevos monitores Intellivue Mx8000, proporcionaron nuevas posibilidades de monitorización al paciente crítico. En el cronograma de implantación se realizaron varias sesiones de formación, por parte del personal de Philips y por parte del personal de la Unidad.

Se realizó un estudio de las diferentes configuraciones predeterminadas de monitorización de parámetros. Se establecieron unas prioridades de monitorización y visualización acordes a las patologías más prevalentes en la Unidad: Paciente coronario, séptico y quirúrgico.

Finalmente se establecieron dos perfiles de monitorización: paciente General y paciente Grave. Se elaboró un algoritmo de decisión para que todo el personal usara los mismos perfiles de monitorización en el momento de ingreso de un paciente crítico. Se realizaron dos videotutoriales explicando la selección de perfiles y la monitorización electrocardiográfica. Dichos videotutoriales se distribuyeron a todo el personal.

Tanto las presentaciones como los videotutoriales se encuentran disponibles en la Intranet del Hospital Royo Villanova: N:UCT\Documentos_ICCA\

En la siguiente fase se procedió a la implantación del Sistema de Información Clínica de Philips IntelliSpace Cuidados Críticos y Anestesia (ICCA). Dicho proceso conllevó un desarrollo de la aplicación para la adaptación de ésta a la dinámica de trabajo de la Unidad realizado principalmente por un facultativo médico y una enfermera, pero se requirió la colaboración de otros miembros de la Unidad.

Se elaboraron varios manuales de uso del ICCA adaptados al flujo de trabajo a la unidad, que se han ido actualizando durante el año, ante los cambios que se han ido realizando en la aplicación. Finalmente se elaboró un Manual de ayuda propio sobre el uso del ICCA en la UCI del Hospital Royo Villanova que se encuentra disponible en la aplicación.

Se realizaron 3 videotutoriales sobre:

- Cómo ingresar en el ICCA
- Cómo funciona la gráfica
- Qué significa cada color en el ICCA

Una vez se finalizó el desarrollo se impartió un curso formativo para el personal impartido por personal de la Unidad en colaboración con el personal de Philips. A dicho curso asistieron la totalidad del personal médico, de enfermería y TCAE del Servicio y también el personal de enfermería y TCAE que pertenecen al pool de refuerzo del hospital.

Para la correcta implantación y aprovechando el cambio que se iba a producir, se actualizaron los algoritmos y protocolos de algunos temas:

1.- Sedación y nutrición enteral

- Se realizó un protocolo de monitorización y guiado de la sedación para enfermería, un protocolo de sedación ligera y profunda, un protocolo y checklist de intubación rápida y un checklist de extubación.
- Se actualizaron los algoritmos para la determinación de los requerimientos nutricionales de cada paciente en dependencia de su peso, situación clínica y estado previo al ingreso. Dicho algoritmo se introdujo en el Sistema de información clínica y está accesible y supone la guía para la indicación de las diferentes nutriciones enterales.

2.- Antibioterapia

- En base a las más reciente guías de administración antibiótica, se definieron las dosis recomendadas más adecuadas, los modos y tiempos de administración de la antibioterapia en el Shock Séptico. Se diseñó un cuadro explicativo y se añadieron en las ordenes predefinidas de tratamiento para homogeneizar la antibioterapia del paciente séptico. Dicho cuadro se encuentra en la aplicación a disposición de todo el personal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0838

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACIÓN AVANZADA E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Todos los documentos, algoritmos que se han enumerado se pueden consultar en las carpetas Documentos ICCA, dentro de la carpeta UCI, perteneciente a la red NAVASA del Sector I.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se cumplieron todos los objetivos que nos habíamos marcado al inicio del proyecto. La aceptación y grado de adaptación por parte del personal del nuevo sistema de monitorización y del cambio que ha conllevado el nuevo sistema de información clínica (ICCA) ha sido mejor gracias a todos los elementos de ayuda que se han desarrollado durante este año: Manuales, tutoriales, videotutoriales, sesiones formativas, etc. No se han realizado ninguna encuesta ni método para objetivar dichos resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de un nuevo sistema de monitorización avanzada y de un sistema de información clínica en la UCI del Hospital Royo Villanova, ha supuesto un cambio en la dinámica de trabajo. La realización de este proyecto permitió que la implantación fuera sencilla, acorde a la dinámica del Servicio, más fácil y sostenible en el tiempo. Este proyecto ha permitido actualizar diferentes protocolos y algoritmos de actuación y homogeneizar la monitorización del paciente atendido en la UCI del HRV.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/838 ===== ***

Nº de registro: 0838

Título
IMPLANTACION DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACION AVANZADA E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
TIRADO ANGLES GABRIEL ANGEL, BORDONADA HERRERO MARIA JESUS, LEON CINTO CRISTINA, RAMOS ALDA ISABEL, EZPELETA GALINDO ANA, QUILEZ PERNIA ANA MARIA, LAZO VEGA DIANA, GONZALEZ CABALLERO ANA

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: Enfermo Crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Asistimos en la actualidad a la gran revolución en la asistencia sanitaria y en especial en el tratamiento de los pacientes críticos. Esta revolución se debe en parte a la aceleración que se ha producido en el campo tecnológico y biosanitario, pero también a un cambio conceptual en la atención a estos pacientes.

Dentro de las UCIs, las tecnologías de monitorización e informatización de la gestión clínica y el análisis de la información que éstas nos dan se han convertido en el eje vertebrador de la asistencia y la investigación.

Los datos de la historia clínica son una fuente de información formidable, no sólo para resumir lo ocurrido sino para identificar pacientes en riesgo, para ayudar al profesional en la toma de decisiones, para proyectar el conocimiento acumulado, la experiencia y el talento al servicio de los pacientes.

La UCI del HRV ha acometido un cambio en el Sistema de Monitorización y se ha instalado un Sistema de Información Clínica, IntelliSpace Cuidados Críticos y Anestesia (ICAA) de Philips. Dicho cambio supone la posibilidad de desarrollar una atención al paciente crítico más tecnificada y una completa modificación de los flujos de trabajo en la Unidad.

Ante dichas novedades es una prioridad del Servicio el desarrollo de un proyecto de implantación de ambos equipamientos para que los cambios no supongan una merma en la calidad de la asistencia ni se alteren los flujos de trabajo ya consolidados en a Unidad

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0838

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACIÓN AVANZADA E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Aprovechamiento máximo de las posibilidades tecnológicas que ofrecen los nuevos equipos de monitorización
Homogeneización de la monitorización del paciente ingresado
Favorecer el rápido conocimiento de la nueva monitorización por parte del personal nuevo de la Unidad
Desarrollo del ICCA para aprovechar lo ya realizado previamente y que se adapte al método de trabajo de la Unidad.
Realización de algoritmos inteligentes de ayuda en el ICCA
Proactividad en la detección de eventos adversos
Elaboración de manuales y tutoriales para el personal.

MÉTODO

Se realizarán las siguientes actividades:
Elaboración de configuraciones predeterminadas de monitorización de parámetros acorde a las patologías más prevalentes en la Unidad: Paciente coronario, séptico y quirúrgico.
Protocolos de monitorización de la sedación
Protocolo de administración de nutrición enteral
Protocolos de antibioterapia precoz en el Shock séptico
Protocolo de gestión de las alarmas generadas por la monitorización
Manuales de uso del ICCA adaptados al flujo de trabajo a la unidad
Sistemas de notificación de dudas, problemas del ICCA
Videotutoriales de uso del ICCA
Sesiones de Formación en monitorización avanzada y en el sistema de información clínica para el personal de la Unidad

INDICADORES

Se realizará una memoria de todas las actividades realizadas.
Se colgaran en la intranet todos los documentos elaborados en este proyecto

DURACIÓN

Este proyecto se realizará a lo largo de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 - 2018/1010

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE FABIOLA PILAR DIEZ MASSO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ RODES PABLO
ALCUBIERRE IRIARTE SUSANA
PALAZON FRAILE CLAUDIA
BOLEA MURILLO LUCIA
BERGUA GOMEZ RAQUEL
PUEYO TEJEDOR PILAR
OVEDE GARCIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización e implantación de la guía clínica de "Prevención de lesiones por presión".
Revisión sistemática de historias clínicas de los ingresos en la planta de medicina interna antes y después de la aplicación de la guía de trabajo para ver los resultados obtenidos tras la revaloración del paciente (excepto julio y agosto por periodo vacacional).
Revisión de la cumplimentación adecuada de los registros de las escalas de Norton al ingreso del paciente, y su posterior reevaluación si la puntuación obtenida fue inferior a 12.
Realización de reuniones periódicas, en junio 2018 y en enero 2019 para la evaluación de la puesta en marcha de la guía de prevención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han utilizado la revisión de historias de enfermería de los pacientes ingresado en la planta de medicina interna, recogiendo los datos al ingreso a las 48 horas y al alta, así como si se ha realizado Escalas Norton, si se han puesto las medidas necesarias, encontrando un 98% de historias bien completadas.
Del 100% de las historias revisada un 19% tenían norton igual o inferior a 12 y de ellos el 96% llevaban las medidas de protección adecuadas.
Antes de instaurar la guía la incidencia de úlceras or presión era de un 94% adquiridas en domicilio del paciente y un 6% adquiridas en medio hospitalario. tras la instauración de la guía de trabajo se ha disminuido la incidencia a 4%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha realizado un procedimiento para la acogida del paciente en planta en el que la valoración enfermera se hace de forma conjunta y simultáneamente enfermera y TCAE, para la correcta elaboración de un plan de cuidados que incluya las medidas de prevención de lesiones por presión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1010 ===== ***

Nº de registro: 1010

Título
ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
DIEZ MASSO FABIOLA PILAR, MARTINEZ RODES PABLO, ALCUBIERRE IRIARTE SUSANA, PALAZON FRAILE CLAUDIA, BOLEA MURILLO LUCIA, BERGUA GOMEZ RAQUEL, PUEYO TEJEDOR PILAR, OVEDE GARCIA 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)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1010

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Tipo Patología: Pluripatológico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Partiendo de los datos obtenidos, para el acuerdo de gestión de 2017, sobre el registro de las escalas Norton y Barthel de los pacientes ingresados en la planta de Medicina Interna, se observa:
? La alta incidencia de falta de cumplimiento de las escalas de Norton y Barthel.
? que la incidencia de úlceras por presión desarrolladas durante el ingreso es de 4% y de ellos no se han tomado medidas de protección en un 18%.
? Los pacientes con Norton entre 9 y 14, riesgo medio-alto, no han tenido medidas de protección en un 57%.
? Los pacientes con Norton inferior a 9, que es riesgo muy alto, han sido 4% sin medidas de protección.
No existe instaurada en el servicio, una guía de trabajo que oriente al profesional de enfermería de forma unívoca y con evidencia científica, por ello la necesidad de crearla.
Para ello se plantea la necesidad de elaborarla, por parte de los profesionales de dicho servicio, enfermería y TCAEs, a partir de bibliografía con rigor científico, con el fin de poder conseguir la disminución de la incidencia de úlceras por presión en el servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal:
? Elaborar una guía clínica de prevención de lesiones por presión para disminuir la incidencia de éstas en la planta de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova.
Secundarios:
? Analizar las variables que pueden aumentar el riesgo de padecer UPP.
? Registro adecuado de las escalas.
? Concienciación del profesional de la importancia de la prevención.
? Crear una herramienta de trabajo al profesional.
? Implicar a todos los estamentos del servicio en el tratamiento integral del paciente.

MÉTODO

? Elaboración de una guía de trabajo para personal de enfermería y TCAEs del servicio.
? Reuniones periódicas con el personal de la planta para informar del proyecto y ponerlo en marcha.
? Revisión de historias de enfermería para comprobar el cumplimiento de escalas Norton y Barthel, y medidas de protección adoptadas.
? Incidir en la importancia de la prevención.

INDICADORES

Indicadores:
Revisión de las escalas Norton de cada paciente en los primeros días de ingreso para comprobar si:
? Norton <12 las medidas de prevención están tomadas y registradas en la historia de enfermería: colchón antiescaras, cambios posturales, protección de talones. En caso contrario incidir en su realización por parte del personal del servicio.
? Norton entre 12-14, hacer una revaloración del paciente para detectar posibles cambios y si ellos necesitan medidas preventivas.
? Norton <9 llevarán todas las medidas preventivas instauradas para la prevención de úlceras por presión.
Otros criterios de la reevaluación serán: Patología por la cual ingresa, fiebre, estado cognitivo del paciente, Barthel actual, incontinencia de esfínteres, portador de sonda vesical.

Evaluación:

Realizar una revisión de historias de enfermería previamente a la implantación de la guía, y dos revisiones posteriores a los 3 y 6 meses para ver el impacto en los profesionales y en los usuarios de la guía de prevención.

DURACIÓN

Mes de Junio: Revisión bibliográfica,
Julio-Agosto: elaboración de la guía de procedimientos.
Septiembre:
? Presentación de la guía elaborada a las direcciones y al personal implicado en el cuidado del paciente, del servicio de Medicina Interna.
? Formación del personal que trabaja en dicho servicio.
Octubre: Primera revisión de historias de enfermería antes de implantar la guía.
Noviembre- Febrero: Aplicación de la guía clínica por parte de los profesionales de enfermería.
Febrero: Segunda revisión de historias.
Mayo: Evaluación comparativa entre las revisiones efectuada para ver los resultados de la aplicación de la guía clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1010

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1096

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE LETICIA ESTHER ROYO TRALLERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABALLERO ASENSIO RUTH
FELIX RUBIO SANTIAGO
MARTIN ALGORA ISABEL
RIVERA ALCALA NICOLAS
CRESTELO VIEITEZ ANXELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se valoró al 70-80% de pacientes crónico complejos ingresados en M.Interna cumplidores de criterios de ingreso en HaD (cuidador 24 horas, diagnóstico preciso, estabilidad clínica) con duración superior estimada a 4 días de ingreso hospitalario y proponer su derivación a dicha unidad.
El médico de planta responsable del paciente tras primera evaluación notificó el caso al equipo de HaD para valoración definitiva en las 48 horas posteriores a su ingreso.
De este modo se estableció una línea de comunicación diaria entre ambas unidades y derivación de pacientes crónico complejos a HaD

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hubo una valoración mínima de 4 pacientes/semana para su derivación, traducida en 20 pacientes mensuales, que en la última mitad del año fue de un total de 140 pacientes. A su vez, ingresaron en HaD el 90% de los pacientes propuestos por la Unidad Crónico Complejo.
De este porcentaje, la tasa de reingreso hospitalario fue baja, en torno a un 10%, evitándose en un alto porcentaje de pacientes la adquisición de infecciones nosocomiales y de delirium orgánico. Posteriormente, dichos pacientes continuaron tras alta hospitalaria las revisiones programadas en H. De día de la Unidad Crónico Complejo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El impacto positivo de este proyecto radica en:

1. La gran satisfacción y calidad de vida percibida por el paciente y su familia por el mayor confort de mantener su seguimiento clínico y tratamiento en domicilio.
2. Se observó menor deterioro funcional, dependencia y sobrecarga del cuidador dada la promoción de mayor autonomía en domicilio de estos pacientes, al evitar la inmovilización inherente en muchos casos a los primeros días de ingreso hospitalario.
3. Se evitó en la práctica totalidad de los pacientes la aparición de delirium orgánico y una significativa disminución de morbimortalidad.
4. Se produjo una mejora en la gestión de camas y en el número de ingresos consiguiéndose evitar la sobrecarga de pacientes ingresados en planta de hospitalización convencional. El paciente crónico complejo condiciona una incidencia superior al 35% de ingresos mensuales y una prevalencia que puede alcanzar el 40-60% en un servicio de Medicina Interna (MI).
Por tanto, la fragilidad clínica de estos pacientes conlleva deterioro funcional, dependencia y sobrecarga del cuidador así como alta mortalidad secundaria a infecciones nosocomiales ligadas a elevado número de reingresos hospitalarios. Las agudizaciones de patologías crónicas como insuficiencia cardiaca (IC) y agudizaciones respiratorias de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus descompensada o patología infecciosa (genitourinaria, respiratoria, digestiva) generan elevada presión asistencial en Medicina Interna. Como conclusión final, la creación y mantenimiento de unidades de Hospitalización a domicilio (HaD) demuestra importantes beneficios asistenciales al reducir significativamente la morbimortalidad de este tipo de pacientes así como una reducción importante del número de ingresos y/o reingresos hospitalarios con mejor flujo de pacientes hacia el medio extrahospitalario con la consecuente mejoría en la gestión de camas en planta convencional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1096 ===== ***

Nº de registro: 1096

Título
VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1096

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

Autores:
ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER, CABALLERO ASENSIO RUTH, SEVIL PURAS MARIA, FELIX RUBIO SANTIAGO, MARTIN ALGORA ISABEL, RIVERA ALCALA NICOLAS, CRESTELO VIEITEZ ANXELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas pluripatología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de la esperanza de vida actual constituye un envejecimiento poblacional paulatino. La mejoría socioeconómica ligada a la innovación biomédica permite soslayar la mortalidad de muchas enfermedades (cardiovasculares, respiratorias e infectocontagiosas) cuyo precio a su supervivencia es la generación de condiciones crónicas. El paciente pluripatológico ó crónico complejo condiciona una incidencia superior al 35% de ingresos mensuales y una prevalencia que puede alcanzar el 40-60% en un servicio de Medicina Interna (MI). La fragilidad clínica unida a su comorbilidad conlleva deterioro funcional, dependencia y sobrecarga del cuidador así como alta mortalidad secundaria a infecciones nosocomiales ligadas a elevado número de reingresos hospitalarios. Las agudizaciones de patologías crónicas como insuficiencia cardiaca (IC) y agudizaciones respiratorias de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus descompensada o patología infecciosa (genitourinaria, respiratoria, digestiva) generan elevada presión asistencial en Medicina Interna. La Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) produce importantes beneficios clínicos al reducir significativamente la mortalidad por disminución de infecciones nosocomiales, de delirium orgánico y de reingreso hospitalario así como mayor calidad de vida percibida por el paciente. Asimismo, supone una reducción del número de ingresos y mejora de la gestión de camas en planta convencional

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminución del número de infecciones nosocomiales y de reingreso hospitalario en pacientes crónico complejos.
2. Reducir el riesgo de sucesos adversos ligados a hospitalización y mejorar la calidad de vida de paciente y cuidador.
3. Mejorar la gestión de número de camas e ingresos en planta de MI

MÉTODO

Valoración del 80% de pacientes crónico complejos que cumplen criterios de ingreso en HaD (cuidador 24 horas, diagnóstico preciso, estabilidad hemodinámica) con duración superior estimada a 4 días de ingreso hospitalario y proponer su derivación a dicha unidad.
El médico de planta responsable del paciente tras primera evaluación notificará el caso al equipo de HaD para valoración definitiva en las 48 horas posteriores a su ingreso

INDICADORES

Valoración mínima del 80% de pacientes crónico complejos ingresados en MI.
Reunión diaria del equipo de HaD (facultativos y enfermería) con facultativos del programa crónico complejo para notificación de pacientes.
Registro de pacientes (aceptados y rechazados) por parte de ambos equipos

DURACIÓN

Valoración de pacientes y registro de casos hasta 31 de diciembre de 2018.
Análisis de resultados y seguimiento de casos en 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1096

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1135

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA SANCHEZ VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR
ROMAN BUENO MARIA LUISA
PASAMAR MILLAN BEATRIZ
MAINAR PEREZ NATIVIDAD
GUTIERREZ VALDIVIA AURORA
SANCHEZ BENITO MARIA PILAR
NUÑEZ MUÑOZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1-Consulta con la Dirección de Enfermería del hospital para la realización del proyecto y su conveniencia.
- 2-Búsqueda de información sobre los traslados intrahospitalarios.
- 3-Diseño gráfico del poster informativo.
- 4.- Reunión con los supervisores de servicios de hospitalización para explicarles el procedimiento.
- 5-Validación y aprobación del poster por parte de la Dirección de Enfermería.
- 6- Colocación de los posters en los servicios del hospitalización.
- 7- Difusión de la información y del soporte gráfico.
- 8- Entrega y recogida de encuesta de satisfacción al Personal de enfermería de los servicios citados anteriormente.
- 9- Análisis de los datos recogidos en las encuestas y presentación de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Contar con un criterio unificado de trabajo en los diversos servicios de hospitalización a la hora de realizar un traslado intrahospitalario.
Minimización de los posibles efectos adversos derivados del traslado de un servicio a otro.
Mayor satisfacción de los pacientes que obtienen las explicaciones pertinentes y perciben el traslado como una mejora en su asistencia.
Mejora de la seguridad del paciente al pasar de unos profesionales a otros.
Mayor agilidad del trabajo enfermero en el servicio de recepción al recibir al paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El 91% de los encuestados da una valoración de "buena/muy buena" al poster informativo sobre el traslado intrahospitalario y un 64% de los encuestados declara que el poster con el procedimiento de traslado le ha apartado algún dato que desconocía Un 97% reconoce como importante/muy importante contar con un criterio unificado de trabajo
En referencia a si se cubren las necesidades de información sobre el paciente en los servicios receptores un 47 % dicen que "a veces", frente a un 53% que dice que "generalmente" obtiene de forma completa la información. El 44,1 % de los encuestados declara que los traslados entre los diversos servicios de hospitalización se realiza de forma correcta solo "a veces".
El 97% de los encuestados reconoce como importante/muy importante todas aquellas acciones encaminadas a garantizar la seguridad y satisfacción del paciente durante su traslado y a aumentar la calidad asistencial durante los mismos.
Tras los resultados obtenidos y una vez realizada la primera intervención en este campo nos parece interesante seguir trabajando en implantar medidas de mejora que nos conciencien de la importancia de realizar una buena transferencia de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1135 ===== ***

Nº de registro: 1135

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1135

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
SANCHEZ VICENTE YOLANDA, SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR, ROMAN BUENO MARIA LUISA, PASAMAR MILLAN BEATRIZ, MAINER PEREZ NATIVIDAD, GUTIERREZ VALDIVIA AURORA, SANCHEZ BENITO MARIA PILAR, NUÑEZ MUÑOZ BEATRIZ

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: pluripatologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El traslado intrahospitalario podemos definirlo como el traslado de un paciente a otra unidad hospitalaria, de manera puntual o definitiva, siempre que se realice en el interior de las instalaciones del hospital donde se encuentra ingresado el paciente.
El proceso de traslado de un paciente a otra unidad debe promover la seguridad y satisfacción del paciente con actividades encaminadas a mantener la calidad en el tratamiento y los cuidados, así como a cubrir la necesidad de información de los profesionales en las unidades receptoras. El déficit en la comunicación y la información, los registros incompletos e inadecuados en la historia clínica, los retrasos debido a los requisitos administrativos y las interrupciones durante el traslado son causas que pueden dificultar el transporte seguro y eficaz dentro del hospital, afectando negativamente al proceso asistencial de los pacientes.
En nuestro Hospital se dan con frecuencia traslados de pacientes de una unidad de hospitalización en planta a otra para continuar con la asistencia debido a la falta de camas en el servicio correspondiente por especialidad al ingreso o a la necesidad de coordinación del servicio de planta con el servicio de Gestión de Camas para cubrir las necesidades que se presentan diariamente en el hospital. Esto conlleva a que en los servicios de hospitalización haya que derivar y recibir pacientes de manera habitual.
Los protocolos claros y apropiados, para el transporte intrahospitalario ayudan en el proceso de toma de decisiones sobre: los registros administrativos a cumplimentar, la documentación clínica que se debe aportar, el personal necesario y las funciones de cada uno a la hora de realizar un traslado y la coordinación y comunicación entre los distintos profesionales implicadas en el mismo.
En la actualidad no existen ningún protocolo en los servicios de Hospitalización en Planta de nuestro Hospital para la realización de este tipo de traslados intrahospitalarios, dejándose al "buen hacer de cada servicio" la consecución de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un protocolo estandarizado de actuación y cuidados al paciente y familia en los traslados de pacientes a otra Unidad de Hospitalización en condiciones de seguridad y comodidad de tal forma que éste implique el menor riesgo posible y no repercuta negativamente sobre el estado del paciente ni en la calidad de la asistencia.
En dicho protocolo se definirán las principales fases del traslado y las funciones de cada componente que interviene.
Después se esquematizará en un póster informativo para la correcta comprensión e interpretación de todo el personal implicado en el traslado intrahospitalario

MÉTODO

Se elaborará un protocolo de traslado intrahospitalario de pacientes ingresados.
Se diseñará un póster informativo para colocar en un lugar visible en el puesto de trabajo de enfermería de cada servicio de hospitalización, de tal manera que sea de fácil acceso para su seguimiento en la realización de un traslado intrahospitalario.

INDICADORES

Se registrará en el apartado de "Proceso de Enfermería" de la historia clínica que se ha actuado según protocolo y los inconvenientes, si los hubiera, que se han encontrado en el desarrollo de dicho traslado.
Se realizará una encuesta de valoración al personal de enfermería a los 3 meses de su implantación para conocer el grado de satisfacción y la utilidad de dicho protocolo

DURACIÓN

Realización del protocolo de actuación y de un póster informativo en el mes siguiente a la aprobación del proyecto.
Aprobación por parte de la Dirección de Enfermería de dicho protocolo.
Implantación en los Servicios de Hospitalización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1135

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Realización de un test de valoración a los 3 meses de su puesta en marcha.

OBSERVACIONES

Proyecto de mejora aprobado por la Jefa de Servicio (Dra. Aliacar) y Supervisor de la unidad de hospitalización (Enfermero Roberto Cabestre) 4ª A Cardiología.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1142

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Fecha de entrada: 20/02/2019

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
TERRAZA MARTIN SERGIO
DIEZ CORNELL MARCOS
MARTINEZ MURGUI RAUL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se explicó a todos lo médicos de Medicina Interna que hacen guardias de planta el proyecto. Desde Mayo hasta diciembre y durante las guardias de Medicina Interna, el médico de guardia valoraba si los pacientes ingresados podían ser candidatos de HAD e informaba al paciente y familia de la alternativa asistencial.

Dado que los fines de semana y festivos no hay disponibilidad de ingreso en Hospitalización a Domicilio ni desde Urgencias ni desde planta de Medicina Interna, se dejaba constancia en la historia clínica, por parte del médico de guardia si los pacientes cumplían criterios para ingresar en Hospitalización a Domicilio.

En la sesión de la mañana se comentaban los ingresos con el resto de facultativos y el médico de la planta responsable del paciente, si consideraba que cumplía criterios de traslado a HAD, informaba a la familia y si ésta daba su consentimiento se ponía en contacto con nuestra unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En los últimos siete meses del año 2017 (de junio a diciembre incluido) hubo 49 pacientes (21% del total) que fueron derivados desde la planta de Medicina Interna.
Desde Junio del 2018 hasta diciembre del 2018 ingresaron 59 pacientes procedentes de Medicina Interna (27% del total de los pacientes), logrando un incremento del 6% en los ingresos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sesión de la mañana de todos los facultativos de Medicina Interna es una buena ocasión de poder revisar los ingresos y valorar cuales cumplen criterios para traslado a domicilio a cargo de Hospitalización a Domicilio. Aunque la HAD en el Hospital Royo Villanova lleva cuatro años en funcionamiento, es una alternativa asistencial desconocida para parte de la población que atiende el hospital Royo Villanova. Al informar de esta opción de ingreso en domicilio a los pacientes que ingresan en la planta de Medicina Interna, obtenemos en la mayoría de los casos una respuesta positiva.

Con este proyecto, logramos aumentar en un 6% el número de ingresos en nuestra unidad procedentes de planta de Medicina Interna, que aunque cumplen criterios de ingreso en domicilio, no lo pueden hacer por ser fin de semana o festivo.

De esta forma, conseguimos altas precoces para poder liberar camas y disminuir la estancia hospitalaria

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1142 ===== ***

Nº de registro: 1142

Título
INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Autores:
SEVIL PURAS MARIA, MATIA SANZ MARTA TERESA, ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER, CABALLERO ASENSIO RUTH, FITENI MERA ISABEL, TERRAZA MARTIN SERGIO, DIEZ CORNELL MARCOS, MARTINEZ MURGUI RAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1142

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología susceptible de ingreso en Hospitalización a Domicilio
Línea Estratégica : Eficiencia
Tipo de Objetivos : Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital Royo Villanova comenzó su andadura en el año 2015. Inicialmente, los pacientes eran ingresados desde el servicio de Medicina Interna y otras plantas de hospitalización y posteriormente, se prosiguió con ingresos procedentes de urgencias y directamente desde Atención Primaria y consultas externas.
En los últimos siete meses del año 2017 (de junio a diciembre incluido) hubo 231 ingresos en HAD y de ellos un 21% (49 pacientes en total) fueron derivados desde la planta de Medicina Interna.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar en un 5% el número de ingresos en HAD que proceden de la planta de Medicina Interna como forma de liberar un mayor número de camas en dicho servicio en el periodo desde junio del 2018 a diciembre del 2018.
- Aumentar el número total de ingresos en HAD

MÉTODO
- Al ingreso de los pacientes el médico de guardia valorará cuales pueden ser candidatos de HAD e informará al paciente de la alternativa asistencial para ver si cumple criterios de ingreso.
- En la sesión de la mañana se comentarán los ingresos con el resto de facultativos y se decidirá cuales pueden ser candidatos a HAD.
- El médico de la planta responsable del paciente si considera que cumple criterios de traslado a HAD informará a la familia y si ésta da su consentimiento se pondrá en contacto con nuestra unidad

INDICADORES
- Aumento del número de ingresos procedentes de la planta de Medicina Interna en 2018 con respecto al del 2017 en un 5%.
- Aumento del número de ingresos en HAD totales en 2018 con respecto al 2017.

DURACIÓN
Se comunicará a todos los FEAS en la reunión de la mañana el proyecto y en las sucesivas reuniones de la mañana se revisarán que pacientes pueden ser candidatos a ingreso en Hospitalización a Domicilio.
Los lunes se realizará revisión de los ingresos del fin de semana y el médico de guardia comunicará a los facultativos que pacientes pueden ser candidatos a HAD.
El calendario previsto es desde junio del 2018 a diciembre del 2018 incluido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1184

1. TÍTULO

FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA MARTINEZ ASENSIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLIS PASTOR ESTHER
YAGÜE NOGUE MARIA
SEQUEROS SAZATORNIL MARIA PILAR
TERREN PUIG GEMMA
GRACIA ASO NOELIA
SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un Power-Point para la realización de las charlas en los centros socio-sanitarios, de un dossier para el personal trabajador de estos centros de un tríptico para proporcionar al paciente y los familiares cuando se le envíe a su residencia. Todos estos documentos se realizaron con la colaboración del servicio de Medicina Preventiva.

Posteriormente se acudió a impartir las siguientes charlas:

5 de diciembre Residencia Domus VI Zalfonada (C. Salvador Allende), 10 de diciembre Residencia Ballesol (C. Salvador Allende), 11 diciembre Residencia Rey Ardid Valles Altos II (C. Bujaruelo), 12 de diciembre Residencia Antonio Saura (C. Antonio Saura 4). 13 diciembre Residencia Juanita (C. Mariana Pineda), 19 diciembre Residencia Zaragoza 2 (C. Salvador Allende 75).

Las charlas tuvieron una duración de 50 min y en ellas se trató: las medidas de aislamiento que se han de tomar con estos pacientes y como llevarlas a cabo de manera eficaz en un centro socio-sanitario, la importancia de un correcto lavado de manos y se explicó que es un GMR y que consecuencias puede tener una infección de este tipo. Se utilizó un ordenador, un cañón de proyección y se repartió entre los asistentes el dossier elaborado. Así mismo solicitamos que rellenaran una encuesta de satisfacción y valoración del curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el tiempo de elaboración del proyecto no se produjo ningún ingreso de otros pacientes en el mismo centro socio-sanitario por el mismo GMR del paciente inicial, si bien no podemos saber si se han producido otras infecciones que no hayan llegado a producir enfermedad.

Por otro lado en la encuesta anónima que se entregó a los trabajadores de los centros se valoró con una media de 9/10 la utilidad de los conocimientos adquiridos durante las charlas impartidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha tenido un gran impacto fundamentalmente sobre el personal trabajador de estos centros pues durante la realización de las charlas observamos que sus conocimientos acerca de este tema eran muy reducidos y por tanto no podían realizar correctamente las tareas de aislamiento con estos pacientes. Ha quedado pendiente la posibilidad de realizar encuestas a los familiares y pacientes ingresados para comprobar si han notado diferencias en el trato recibido antes y después de la charla.

Creemos importante la sostenibilidad de este proyecto ya que en el sector Zaragoza 1 existe un gran número de centros socio-sanitarios a los que por falta de tiempo no se ha podido acudir durante la elaboración del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1184 ===== ***

Nº de registro: 1184

Título
FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Autores:
MARTINEZ ASENSIO SUSANA, SOLIS PASTOR ESTHER, SEQUEROS SAZATORNIL PILAR, TERREN PUIG GEMMA, GRACIA ASO NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1184

1. TÍTULO

FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Detectamos frecuentemente que tras atender a pacientes con gérmenes multirresistentes en centros sociosanitarios, aparecen más casos en el mismo centro con el mismo tipo de germen. El personal que ahí trabaja no siempre tiene los conocimientos sanitarios necesarios para realizar correctamente un aislamiento. Es por ello que consideramos necesario la implantación de un programa de formación para este personal.

RESULTADOS ESPERADOS

Como resultados pretendemos disminuir las transmisiones infecciosas durante la movilización, aseo o tareas habituales en el entorno del paciente.
La población diana es todo el personal que trabaje en centros sociosanitarios donde residan pacientes ingresados en el servicio de hospitalización a domicilio..

MÉTODO

Preparación de un documento base para el adiestramiento del personal de los centros sociosanitarios.
Proporcionar cartelería informativa de los distintos tipos de aislamiento para las habitaciones y trípticos para el personal y familiares.
Ofrecer una charla informativa en cada uno de los centros en los que tengamos pacientes ingresados. En ellas se trabajará sobre el lavado de manos, las medidas de aislamiento y como ejecutarlas de una forma adecuada.

INDICADORES

Realizaremos un registro de los pacientes que tengamos ingresados en el servicio de hospitalización a domicilio con gérmenes multirresistentes y que residan en centros sociosanitarios, para poder comprobar si en días posteriores se detectan nuevos casos con los mismos gérmenes.

Realizaríamos un cuestionario previo a las charlas al personal al que van destinadas y dos semanas después realizaríamos otro para valorar el grado de aprendizaje.

DURACIÓN

La duración será del 1 de junio al 31 de diciembre de 2018. Los responsables de su implantación serán las enfermeras del servicio de hospitalización a domicilio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1201

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE RUTH CABALLERO ASENSIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ
YAGUE NOGUE MARIA
SEVIL PURAS MARIA
ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER
ASPIROZ SANCHO CARMEN
MATIA SANZ MARTA TERESA
FITENI MERA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del mes de junio de 2018 se realizaron dos sesiones informativas en los servicios de Cirugía General y Urología, así como una comunicación verbal al Jefe de Servicio de Traumatología (no se pudo realizar una sesión por causas ajenas a la Unidad). Fueron sesiones interactivas, exponiendo los resultados del año previo (número de ingresos previos, días de ingreso), informando de tipos de patologías y pacientes subsidiarias de Hospitalización a Domicilio (HAD), e informando del funcionamiento de la Unidad de HAD, y de los criterios generales de inclusión en HAD, aportando hojas informativas del mismo.
Durante el resto del periodo de intervención, en las guardias médicas, se recordaba a los facultativos la revisión de los pacientes ingresados y su idoneidad o no para traslado a la unidad de HAD.
Una vez finalizado el periodo de recogida de pacientes (siete meses), se han realizado encuestas de satisfacción (voluntarias) tanto al personal sanitario de los servicios quirúrgicos como a los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante los últimos siete meses del 2018 han ingresado a cargo de la Unidad de HAD del Hospital Royo Villanova 215 pacientes, de los cuales, 20 pacientes pertenecían a servicios quirúrgicos, lo que supone un 9'3% del total. De ellos, 11 fueron derivados de Cirugía General, 6 de Urología, y 3 de Traumatología (precisando uno de estos últimos ingresos repetidos -seis en total- por tratamiento supresivo en contexto de patología crónica). Cabe destacar que no hubo ningún caso rechazado por parte de la unidad, al cumplir todos ellos con los criterios de ingreso a nuestro cargo.
Todos ellos (menos uno) precisaron tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) en el contexto de patologías de origen infeccioso, siendo las patologías más frecuentes abscesos de origen abdominal, prostatitis e infecciones protésicas. Únicamente dos pacientes precisaron ingreso hospitalario por mala evolución clínica; en ningún caso por complicaciones derivadas de la atención en domicilio.
En total los días de ingreso en la Unidad asciende a 201 días, de los cuales 141 días corresponden a la administración de tratamiento antimicrobiano endovenoso. En un 40% de los casos se pudo realizar terapia secuencial a vía oral. En el resto se completó el tratamiento antimicrobiano vía parenteral. En dos terceras partes de los casos se especificó la duración del tratamiento antimicrobiano al ingreso del paciente en la Unidad, según las recomendaciones PROA.
Un 15% de los pacientes precisaron medidas de aislamiento por sufrir infecciones por microorganismos resistentes (Klebsiella pneumoniae BLEE y SARM). Un 40% de los pacientes carecían de diagnóstico microbiológico (la mitad de ellos por falta de recogida de muestras, siendo el volumen más importante los provenientes de Cirugía General). Todos los datos registrados se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del programa de farmacia hospitalaria.
Las encuestas recibidas son voluntarias y anónimas. Se han recibido un total de 22 encuestas del personal y 12 de pacientes/familiares. En la valoración de la Unidad por parte del personal sanitario cabe destacar la baja participación de los facultativos (23%), donde la accesibilidad al servicio, la atención de los profesionales que formamos la unidad, la atención recibida (incluyendo la valoración de las opciones terapéuticas entre ambos equipos, la resolución de problemas y el ajuste y administración del tratamiento previo al traslado), y la satisfacción global recibida, recibían una valoración muy satisfactoria o extremadamente satisfactoria. Y con una valoración algo menor en si la información recibida por la Unidad era suficiente. Las oportunidades de mejora que se consideraban era la ampliación de la cartera de servicios, incluyendo la posibilidad de realizar ingresos durante los fines de semana y festivos, y aumentar el número de camas. Por parte del personal de enfermería (72% de las encuestas recibidas), la valoración global fue similar, y en las oportunidades de mejora apuntan sobre todo a un mayor contacto entre el personal de enfermería de los servicios, para mejorar la comunicación y el manejo del paciente previo al traslado.
De los pacientes, la valoración global es de un 99% bueno o muy bueno.
En global se ha cumplido el estándar marcado, aumentando en un 350% el porcentaje de solicitudes e ingresos de pacientes de servicios quirúrgicos en la HAD (9'3% comparado con los ingresos del año anterior que suponían un 2'6% del total de ingresos en la Unidad), consiguiendo una disminución de la estancia hospitalaria convencional. Se han implementado las recomendaciones de TADE de la SEIMC-SEHAD en más de la mitad de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1201

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación. La valoración global del proyecto ha sido plenamente satisfactoria, con una clara consecución de objetivos. Queda demostrada la eficacia de las sesiones informativas, quedando pendiente la mejora de la interacción/información con el personal de enfermería de los distintos servicios quirúrgicos, así como aumentar el porcentaje de secuenciación del tratamiento antimicrobiano. Creemos conveniente continuar con las sesiones/reuniones informativas en los diferentes servicios y a los pacientes/familiares para estimular la elección de la HAD como alternativa a la hospitalización convencional.

7. OBSERVACIONES.

Hay que tener en cuenta que el ingreso en la unidad es una opción voluntaria para el paciente, y que en este proyecto no se ha incluido ninguna actuación para divulgar e informar sobre la Unidad de HAD a los pacientes ingresados y familiares.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1201 ===== ***

Nº de registro: 1201

Título
HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

Autores:
CABALLERO ASENSIO RUTH, SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ, YAGUE NOGUE MARIA, SEVIL PURAS MARIA, ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER, ASPIROZ SANCHO CARMEN, MATIA SANZ MARTA TERESA, 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: Patología quirúrgica fundamentalmente infecciosa
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El TADE (Tratamiento Antibiótico Domiciliario Endovenoso) se define como la administración de un antibiótico por vía parenteral en un paciente ambulatorio. Se ha demostrado su eficacia frente a la hospitalización convencional, siendo una modalidad asistencial segura, efectiva y eficiente en el tratamiento de los procesos infecciosos. Las complicaciones asociadas al medio hospitalario se reducen consiguiendo una recuperación más rápida favoreciendo además el retorno precoz del paciente al medio familiar, social y laboral.

En España, el TADE se realiza en unidades específicas de Hospitalización a Domicilio (HAD), con personal médico y de enfermería propios y que integran esta modalidad asistencial en su cartera de servicios.

Una gran variedad de infecciones son candidatas a TADE como infecciones de piel y partes blandas (IPPB), del tracto urinario (ITU), infecciones osteoarticulares, bacteriemias e infecciones por microorganismos multirresistentes...

Desde el Servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) del Hospital Royo Villanova se ha detectado una baja utilización por parte de otros servicios, dando como resultado una ocupación del 75%.

En los últimos 7 meses del año 2017 (de junio a diciembre 2017 incluido) hubo 231 ingresos en HaD, y de ellos únicamente un 2'6% pacientes provenían de Servicios Quirúrgicos (6 pacientes en total), todos ellos para realización de TADE, con un total de 59 días de ingreso.

Considerando que los pacientes quirúrgicos podrían beneficiarse de la HaD, y siendo uno de los servicios con menor utilización de la HaD, decidimos realizar una serie de actuaciones para mejorar el flujo de pacientes además de aprovechar para aplicar la guía de TADE de la SEIMC-SEHAD.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar el número de solicitudes de valoración de pacientes para HaD por parte de los servicios quirúrgicos del hospital (Traumatología, Cirugía General y Urología).
- Aumentar el número de pacientes derivados de servicios quirúrgicos a HaD en un 5%, y con ello disminuir la presión de camas en planta de hospitalización.
- En los pacientes subsidiarios de TADE, aplicación de las recomendaciones PROA de la guía SEIMC-SEHAD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1201

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

- Aumentar el número total de pacientes en el Servicio HaD en comparación con el año 2017.

MÉTODO

Para conseguir dichos objetivos, se van a realizar las siguientes actuaciones:

-Divulgar el contenido del servicio de HaD mediante sesiones clínicas-charlas informativas dirigidas a facultativos y personal de enfermería de los servicios de Traumatología, Cirugía General y Urología, con una periodicidad trimestral.

-Distribución del protocolo con los criterios generales de inclusión de pacientes en HaD.

-Proponer a dichos servicios la captación de aquellos pacientes subsidiarios de ingreso en HaD mediante las hojas de consulta realizadas al servicio de medicina interna

Situaciones clínicas subsidiarias de ingreso en HaD y TADE:

-Abscesos intraabdominales y perineales (hepático, esplénico, pancreático, renal y perirrenal, perirrectal y prostático) (una vez drenado el foco)

-Artritis, espondilitis y osteomielitis infecciosas

-Colecistitis y colangitis

-Epididimitis, orquitis y prostatitis bacteriana (es recomendable TADE si fracaso previo tratamiento oral o riesgo de MMRR)

-Infecciones de la piel, tejido celular subcutáneo y fascia, incluyendo las úlceras del pie diabético (teniendo en cuenta las comorbilidades del paciente)

-Infección del retroperitoneo y psoas

-Pielonefritis aguda (dependerá de las comorbilidades y otros factores de gravedad como obstrucción)

El facultativo de la planta quirúrgica responsable del paciente si considera que puede cumplir criterios de traslado a HaD informará a la familia, y si ésta da su consentimiento se pondrá en contacto con nuestra unidad.

INDICADORES

-Recoger en un registro de todas las peticiones que se realizan por parte de los servicios quirúrgicos.

-De los pacientes seleccionados por cumplir criterios de ingreso en HaD, valoración de los diagnósticos, necesidades de TADE, días de tratamiento antimicrobiano y terapia secuencial, y aplicación de las recomendaciones PROA de la guía de la SEIMC-SEHAD recién publicada.

-Registro de pacientes con infecciones por microorganismos multirresistentes y que precisan aislamiento.

-Relación entre días de ingreso en Hospitalización convencional y en HaD.

-Realizar una comparación con años previos.

-Medir el índice de satisfacción de los facultativos y/o personal de enfermería.

-Medir la satisfacción de los pacientes.

DURACIÓN

El calendario previsto es desde junio del 2018 a diciembre del 2018 incluido, con una duración de 7 meses.

OBSERVACIONES

Debido a la limitación del número de participantes, no se han podido incluir a todo el equipo de enfermería del Servicio de HaD, como parte imprescindible de este proyecto.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0248

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VIA CLINICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL FITENI MERA
· 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
CABALLERO ASENSIO RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Marzo-Abril: Elaboración de una vía clínica (VC) en Insuficiencia Cardíaca para pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio. Consiste en un esquema organizado por días, sobre las actividades necesarias: recoger la información imprescindible estipulada de cada paciente, todas la pruebas que debe tener, la medicación que debe llevar o justificar si no es así, la educación sanitaria progresiva que tenemos que impartir, las patologías (comorbilidades) que hay que despistar y su manejo, por último lista de comprobación al alta con cita para asegurar la continuidad asistencial. Además se ha preparado material didáctico para la faceta de educación sanitaria a pacientes y cuidadores, principalmente consejos y recordatorios sobre el cuidado en esta enfermedad (autocuidado) central en nuestra vía clínica. Explicación a todo el equipo de la VC para implementarla
2. 1-Junio- 31-Diciembre: inclusión de pacientes para vía clínica. Seguimiento de dicha ruta
3. Enero: recogida y análisis de los datos en HCE, base de datos de la unidad de HAD y HIS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Pacientes incorporados a la vía clínica: 22. Pacientes ingresados por IC en la Unidad de Hospitalización a Domicilio: 28. (diagnóstico principal de IC). Tasa: 78,5%
2. Pacientes que completan la VC: 20 /22. 90%. Los dos pacientes que no finalizaron fue debido a reingreso en planta uno por claudicación familiar y otro por empeoramiento.
3. Pacientes con cita al alta para asegurar continuidad: 86%.
4. Reingresos en fase vulnerable (30 días tras el alta): 9%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización de una vía clínica para el tratamiento en un proceso tan prevalente como la IC parece eficaz para reducir los reingresos en la fase vulnerable tras el alta (9% frente a 20% publicado en muchas series de pacientes similares a los nuestros de MI). La vía clínica nos sirve de recordatorio día a día de las actividades estipuladas, ayuda a impartir la educación sanitaria eficaz entre otras facetas del tto. Sin embargo la inclusión de pacientes en el seguimiento de una vía es ligeramente inferior a la fijada en nuestros objetivos (78,5 vs. 80%) debido al trabajo que supone su inicio, recoger todos los datos e información por lo que en períodos de presión asistencial o menos personal por vacaciones como los meses de verano del período que abarcamos, su realización no siempre es posible. Aun con todo vistos los buenos resultados seguimos tratando a los pacientes con IC siguiendo la VC.

En análisis colaterales hemos detectado que la educación sanitaria incluida en la VC y que no se realiza en otros sectores favorece un mejor autocuidado y menos reingresos precoces, por lo que se va a desarrollar más en años siguientes el aspecto de la educación a estos pacientes y sus cuidadores con objetivo de disminuir reingresos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/248 ===== ***

Nº de registro: 0248

Título
MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VIA CLINICA

Autores:
FITENI MERA ISABEL, MATIA SANZ MARTA, CABALLERO ASENSIO RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0248

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO SIGUIENDO UNA VIA CLINICA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Disminuir reingresos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia cardíaca (IC) es la principal causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años, con una tasa de mortalidad del 20% el primer año tras el alta. También supone la principal causa de reingreso hospitalario en general y en los primeros 30 días del alta, con una tasa de hasta el 20-30%. Esta alta tasa de rehospitalización está relacionada con la calidad de la asistencia; estabilización incompleta, falta de continuidad al alta... Para mantener unos estándares homogéneos de calidad en la atención a esta patología tan prevalente proponemos seguir una vía clínica para todos los pacientes que ingresen por IC en nuestro Servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD). Con la vía clínica se pretende minimizar la variabilidad en el manejo del proceso, con un calendario preciso para todos los cuidados tanto farmacológicos como de educación sanitaria y continuidad asistencial siguiendo las Guías internacionales de Práctica Clínica. Al seguir un calendario común, evitamos olvidos y errores en su manejo, intentando disminuir la tasa de rehospitalización y/o alargar el tiempo libre de ingreso achacable a estos déficits

RESULTADOS ESPERADOS
- Seguir el mismo tratamiento estipulado en una VIA CLINICA a modo de lista de comprobación, en todos los pacientes con IC.
- Minimizar la variabilidad de tratamiento y seguimiento entre pacientes con un mismo proceso (IC)
- Disminuir la tasa de reingreso por IC descompensada en la fase vulnerable

MÉTODO
1- ELABORAR UNA VIA CLINICA donde se recojan todas las actividades que hay que desarrollar siguiendo un calendario día a día (1º hasta el alta); en cuanto a pruebas a realizar, medicaciones necesarias introduciéndolas por escalones, educación sanitaria progresiva sobre su enfermedad y autocuidado, vigilancia de la yatrogenia habitual que es preciso prever y evitar, criterios necesarios para el alta, datos imprescindibles que deben plasmarse en un informe de alta de calidad así como organización de la continuidad asistencial
2- Iniciar la vía clínica desde el día del ingreso del paciente y seguimiento hasta el alta a modo de lista de comprobación diaria
3- Al alta asegurar la continuidad asistencial

INDICADORES
- Número de pacientes incorporados a la vía clínica/ número de pacientes ingresados en HaD con diagnóstico de IC (fuente de datos: base de datos de HaD. valor a alcanzar: 90%. Inferior: 80 y superior: 100%
- Pacientes que completan la vía clínica. (Valor deseable: 90%. Límite inferior 70% considerando posible mortalidad y/o traslado a planta convencional)
- Pacientes con continuidad asistencial al alta, reflejado en el informe de alta (valor a alcanzar: 90%. Límite inferior: 70% por los mismos motivos que el indicador anterior)
- Número de reingresos en la fase vulnerable de los 30 primeros días tras el alta hospitalaria por IC. (valor deseable: 10% límite inferior de calidad: 15% considerando disminución mínima de la tasa general publicada del 20-30%)

DURACIÓN
- Marzo 2019: elaboración de la VIA CLINICA siguiendo las recomendaciones de las Guías de Práctica clínica sobre IC (Dra. Fiteni)
- Abril - Diciembre 2019: incorporación de los pacientes que ingresen con IC a la vía clínica (Dras. Fiteni, Dra. Matía y Dra. Caballero)
- Diciembre 2019: evaluación del proyecto con la base de datos de la Unidad de HaD. Revisión de reingresos en todos los centros de Aragón en la Historia Clínica Electrónica (Dra. Matía)
- Enero 2020: Memoria (Dra. Fiteni)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0550

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN LA DOTACION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 22/02/2020

2. RESPONSABLE YOLANDA SANCHEZ VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ALVAREZ YOLANDA
OVEDE GARCIA PILAR
ROMEO MUÑOZ EVA
BOSQUE JULIAN ELISABET
RODRIGUEZ CASO MARIA ISABEL
RUBIO TURRUBIA MARIA GEMA
QUINATOA PARRA GABRIELA PAOLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DEL CHECK-LIST (EXCEL)
ORDENACIÓN DE LOS CARROS (POR APARTADOS CON EL CONTENIDO DE LOS MISMOS)
ESTABLECIMIENTO DE PROTOCOLO EN EL SERVICIO DE REVISIÓN: TURNO Y HORA
IMPLANTACIÓN DEL CHECK-LIST

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han organizado los carros de curas por apartados y contenido de cada uno. Se ha implantado el protocolo de revisión y reposición de los carros en turno y hora y se ha diseñado el check-list de revisión a falta de realizar un mayor cumplimiento y seguimiento del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
el equipo se ha implicado y han tomado conciencia de la necesidad del objetivo, a falta de una mayor concienciación de la necesidad de dejarlo registrado por escrito. Se ha notado mejoría en la utilización de los carros así como una mayor limpieza y puesta punto de los mismos de manera general.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/550 ===== ***

Nº de registro: 0550

Título
IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN LA DOTACION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
PALAZON FRAILE CLAUDIA, SANCHEZ VICENTE YOLANDA, OVEDE GARCIA PILAR, ROMEO MUÑOZ EVA, BOSQUE JULIAN ELISABET, RODRIGUEZ CASO MARIA ISABEL, RUBIO TURRUBIA MARIA GEMA, QUINATOA PARRA GABRIELA PAOLA

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: pluripatologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El carro de curas hospitalario es un elemento muy importante y de gran utilidad diaria en los hospitales, más concretamente para el personal de enfermería. En él se guardan todos los materiales e instrumental de uso sanitario orientado a resolver de una manera práctica cualquier circunstancia que pueda suceder en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0550

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION (CHECK-LIST) EN LA DOTACION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

interior de una habitación de manera ordinaria, con la comodidad de poder desplazarlos a las habitaciones de los pacientes para realizar la asistencia.
Una de las características más interesantes del carro de curas es que su contenido se puede adaptar según las necesidades de los profesionales que más lo utilizan y de los pacientes a los que va destinada la asistencia. Deben estar siempre limpios y dispuestos para su uso.
La función de preparar, mantener y limpiarlos recae sobre los TCAEs. En la actualidad no contamos con una lista predeterminada de materiales e instrumental que deba contener cada carro de curas, por lo que los TCAEs se encuentran con la dificultad de decidir con que lo reponen, y que dotación debe de tener. El personal de Enfermería tampoco sabe el contenido de los mismo cuando lo usa en la asistencia a los pacientes, por lo que en numerosas ocasiones debe interrumpir su trabajo para ir a buscar el material que no tiene y que debería llevar en el carro.
Así mismo no hay ningún registro de que esta reposición y mantenimiento de los carros se haya realizado, dejándolo al buen hacer de cada profesional.

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar los recursos materiales mínimos necesarios para la dotación de los carros de curas hospitalarios en el servicio de Medicina Interna.
Establecer criterios de revisión y reposición de los carros de curas hospitalarios de forma sistematizada en el servicio.

MÉTODO

Realización de una lista con el contenido de materiales e instrumental que debe contener un carro de curas en el servicio de Medicina Interna
Realización de un check-list a cumplimentar tras la reposición y mantenimiento de los carros.
Información y formación al personal TCAEs del servicio sobre el nuevo procedimiento a llevar a cabo.
Implantación de un check-list en el procedimiento de dotación y mantenimiento de los carros de curas.

INDICADORES

Recopilación de los check-list realizados en cada revisión de carros a lo largo de todo el año.
Evaluación trimestral del procedimiento

DURACIÓN

Marzo: realización del listado
Abril: información y formación al personal TCAE mediante reunión.
Mayo: implantación del chek-list
Cada tres meses revisión del procedimiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0591

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO EN EL DOMICILIO POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO (HAD) DEL SECTOR ZARAGOZA

Fecha de entrada: 24/01/2020

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.
FITENI MERA ISABEL
CABALLERO ASENSIO RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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 convencional, pero con las ventajas de una mayor comodidad e intimidad del enfermo. Uno de los procedimientos terapéuticos que se pueden llevar a cabo por este servicio es la administración de hierro endovenoso. En el año 2013 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota informativa en la que recomendaba utilizar estos preparados solo en lugares con acceso inmediato a medidas de tratamiento de emergencia de reacciones de hipersensibilidad debido a que, aunque estas reacciones son de aparición rara, eran potencialmente muy graves. En este contexto, la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) creó un grupo de trabajo para revisar este documento y concluyó que se trataba de recomendaciones y no de prohibiciones. Por ello y para garantizar la seguridad clínica del paciente y realizar dicho procedimiento en condiciones de calidad se ha propuesto la creación de un Protocolo de Administración de Hierro endovenoso en el domicilio.

En primer lugar, se elaboró durante el periodo marcado de mayo a septiembre de 2019, toda la documentación necesaria específica para la puesta en marcha del procedimiento de hierro endovenoso en el domicilio del paciente. De esta manera, y con el objetivo de extremar la seguridad del paciente durante su administración y utilizar un procedimiento estandarizado validado se creó una Guía específica de Ferroterapia endovenosa en el Domicilio y un Consentimiento Informado también Específico. En un segundo tiempo, a partir de septiembre de 2019 se implementó en el servicio de HaD dicho procedimiento, de tal modo que hasta finales de 2019 se realizó dicho procedimiento con éxito y sin ninguna incidencia en un total de 2 pacientes. En consecuencia, al realizarse en el propio domicilio del paciente se ha conseguido realizar una asistencia más personalizada con mayor nivel de intimidad y bienestar, evitando traslados al medio hospitalario, lo que se ha traducido en un mayor grado de satisfacción del enfermo y familiares.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración de la Guía de Ferroterapia endovenosa en el Domicilio y Consentimiento Informado: realizado
- Número de pacientes a los que se realiza Terapia de Transfusión en el domicilio: 2 pacientes
- Número de reacciones adversas: 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el año 2019 se ha cumplido el objetivo marcado de elaborar una Guía Específica de Ferroterapia endovenosa en el Domicilio con todos los documentos complementarios necesarios. Asimismo, ha sido implantado con éxito, realizándose el procedimiento en varios pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/591 ===== ***

Nº de registro: 0591

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN EL DOMICILIO POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO (HAD) DEL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
MATIA SANZ MARTA, FITENI MERA ISABEL, CABALLERO ASENSIO RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0591

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO EN EL DOMICILIO POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO (HAD) DEL SECTOR ZARAGOZA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ferropoterapia endovenosa con/sin anemia están indicada en pacientes con déficit de hierro que presentan mala tolerancia a la vía oral o cuando existen una anemia grave (Hb<10 gr/dl) o una necesidad de recuperación rápida. En el año 2013 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota informativa en la que recomendaba utilizar estos preparados solo en lugares con acceso inmediato a medidas de tratamiento de emergencia de reacciones de hipersensibilidad debido a que aunque estas reacciones son de aparición rara eran potencialmente muy graves. Para garantizar la seguridad clínica del paciente y realizar dicho procedimiento en condiciones de calidad se ha propuesto la creación de un Protocolo de Administración de Hierro endovenoso en el domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Administración de ferropoterapia endovenosa domiciliaria por la unidad de HAD mediante un procedimiento estandarizado validado
- Extremar la seguridad del paciente durante y después del procedimiento mediante un protocolo de actuación en el caso de reacción adversa grave
- Mejorar el grado de información y comprensión del paciente y familiares
- Realizar una asistencia más personalizada con mayor nivel de intimidad y bienestar evitando traslados del paciente y familiares al medio hospitalario
- Aumentar la satisfacción del paciente

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de administración de hierro endovenoso en el domicilio
- Elaboración de un consentimiento informado de administración de hierro endovenoso en el domicilio
- Elaboración de una Hoja informativa del procedimiento, así como de probables reacciones adversas
- Elaboración de un protocolo de actuación ante una reacción adversa grave

INDICADORES

- Elaboración del protocolo de administración de hierro endovenoso en el domicilio, consentimiento informado, hoja informativa y protocolo de actuación ante reacción adversa grave
- Número de pacientes a los que se realiza administración de hierro endovenoso en domicilio
- Número de pacientes que presentan reacción adversa grave/no grave

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo de administración de hierro endovenoso en el domicilio, consentimiento informado, hoja informativa y protocolo de actuación ante reacción adversa grave: marzo - mayo 2019
- Puesta en marcha del procedimiento: a partir de mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0831

1. TÍTULO

ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE RUTH CABALLERO ASENSIO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ROYO VILLANOVA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RANZ ANGULO DAVID
MATIA SANZ MARTA TERESA
FITENI MENA ISABEL
SEVIL PURAS MARIA
MARTINEZ ASENSIO SUSANA
GRACIA ASO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones de trabajo: El primer contacto con la escuela de Ingeniería se realizó en Septiembre de 2018. En febrero de 2019 se ha realizado la primera reunión informativa con el Equipo de Ingeniería. Se han realizado un total de cuatro reuniones a lo largo del año (febrero, marzo, septiembre y octubre) de carácter informativo-docente, tanto en el Hospital Rojo Villanova (seminario 3 de la planta 1) como en la Escuela de Ingeniería (Campus Río Ebro), en las que se entregó al Equipo de Ingeniería los diversos protocolos y guías clínicas de la Unidad, formularios, descripción detallada de los materiales y equipos, desarrollo de un customer journey del personal como explicación de un día de trabajo de la Unidad; y otras dos reuniones más en el segundo semestre para poner en común las propuestas de mejora, y seleccionar los puntos más destacados. En ellas se realizó un análisis del sistema desde la perspectiva y mediante el empleo de herramientas del diseño social, como estrategia de búsqueda de oportunidades de mejora hacia alguno de los colectivos relacionados con el servicio de atención domiciliaria. Por parte del Equipo de Ingeniería se realizaron además encuestas telefónicas a pacientes y cuidadores (que habían dado su consentimiento por escrito para ello) que sirvió para una valoración integral de todos los stakeholders implicados directamente en la Unidad. Una última reunión para la presentación de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

- Identificar una lista de problemas de servicio a cualquiera de sus niveles de actuación, a través de entrevistas personales, encuestas a personal-pacientes-cuidadores; además de la evaluación de toda la información registrada. Realizado durante todo el proceso y las reuniones, incluyendo entrevistas telefónicas a los pacientes y cuidadores, y en persona con todo el equipo de la unidad (supervisora de enfermería, equipo de enfermería, facultativos).
- Número de propuestas de mejora: análisis y retos de diseño. Se identificaron, en un primer nivel, 11 puntos de mejora sobre los que se podrían desarrollar diferentes estrategias:
 - Dar una mayor visibilidad a la Unidad, tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes, y a varios niveles, como es dentro y fuera del hospital (campaña publicitaria); todo ello para mejorar la percepción de la Unidad, y aumentar las solicitudes de ingreso.
 - Formación para cuidadores, dado que son el pilar fundamental en el domicilio, y que es una de las pocas quejas que expresan en las encuestas de satisfacción de la Unidad.
 - Aumentar la seguridad del paciente mediante la mejora de la toma de medicación en el domicilio.
 - Aumentar la seguridad de los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta la dispersión de los domicilios, desplazamiento en coche, zonas de difícil acceso, en ocasiones del personal de enfermería en solitario, y en horarios que cubren las 24h.
 - Gestión de la organización del servicio, teniendo en cuenta la realización de tareas no adecuadas, lograr una gestión eficiente de los documentos (por parte del personal sanitario y de los pacientes), integrar todas las acciones realizadas.
 - Desarrollar un proceso de selección de pacientes para facilitar a los facultativos su desarrollo
 - Creación de un sistema de control del material en el maletero.
 - Mejorar la recogida de residuos en el coche.
 - Adaptación del puesto del conductor para realización de otras tareas.
 - Desarrollo de redes colaborativas locales/comunitarias.
 - Organización de la ruta de visitas domiciliarias.
- Valoración de esas propuestas por parte del personal y de los pacientes: la valoración global por parte de la unidad ha sido plenamente satisfactoria, con una gran implicación por parte del equipo de ingeniería.
- Seleccionar aquellas propuestas más valoradas para profundizar en la búsqueda de mejoras, tanto como nuevos productos o servicios para la mejora de la calidad asistencial del paciente, como de la actividad del personal sanitario: en la reunión de presentación de las propuestas, se decidió por parte de todo el equipo, cuáles eran los aspectos primordiales a desarrollar; siempre pensando en la viabilidad de las mismas. Han sido 3 los aspectos o grupos de mejoras fundamentales sobre las que se ha desarrollado el trabajo posterior, que exponemos a continuación.
 - a.-Mejorar la visibilidad de la unidad y la confianza del paciente/cuidador. Se han propuesto varias opciones dentro de las cuales destacan:
 - Campaña publicitaria mediante cartelería y trípticos informativos de la unidad por escrito, así como videos promocionales a nivel de las redes sociales.
 - Pack de bienvenida al ingreso en la unidad (compuesto por tríptico informativo, guías visuales según

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0831

1. TÍTULO

ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE

patología, termómetro, documentos de tratamientos, diario de historias) dentro de caja personalizada (o carpeta corporativa como opción de bajo coste).

- Facilitar la formación de los cuidadores y los propios pacientes mediante la realización de videotutoriales por parte del personal de la unidad dentro de un canal de Youtube propio (como medio de expansión). Además se ha rediseñado la ficha de tratamiento que se facilita a los pacientes/cuidadores para mejorar la comprensión de la misma (independientemente del nivel cultural).
- Rediseño de las fichas informativas que se adjuntan a los pacientes según patologías para facilitar una lectura comprensiva.

b.-Mejora de la gestión y organización interna de la Unidad, mediante varios puntos:

- Diseño de una aplicación móvil (app) que incluya: inicio de la jornada, ajuste de datos de pacientes, organización de ruta, ubicación en tiempo real, visitas finalizadas/visitas pendientes, chat de comunicación entre el personal del servicio. Además la pantalla principal dispondrá de un botón de emergencia (que comunique directamente con el 112), con detección inteligente de emergencia si no hay respuesta en un tiempo establecido; así como un menú donde seleccionar al resto del personal de la Unidad, el listado de pacientes, y el modo guardia (para que queden registradas las llamadas o visitas en horario de guardia, localización del profesional especialmente en las salidas nocturnas en las que sólo hay una enfermera-).
- Diseño de una mochila específica para transporte de medicación diaria de los pacientes, en compartimentos estancos individuales, con tarjeta identificativa (actualmente se transporta en bolsas de plástico).
- Diseño de un sistema compartimentado (cajoneras) adaptadas específicamente para los maleteros de los vehículos, ajustadas al tamaño y disposición de los mismos, para transporte de materiales, así como nevera portátil para parte de la medicación de emergencia/reserva, que puede alterarse por los cambios de temperatura (actualmente sistema de cajoneras de baja calidad sin nevera para la medicación). Además se añade un sistema para recogida de residuos y transporte en el vehículo (evitar volcados y vertidos).
- Implementación de diversas acciones durante la conducción por parte del conductor, mediante Smart button y/o TAGS NFC, para desarrollo de órdenes de inicio de visita / finalización de la misma, que permita mandar un mensaje de seguridad a un teléfono de otro miembro del personal; así como otro para realizar la redacción de un informe médico/ enfermero, mejorando la disponibilidad de tiempo.
- Para la gestión del material y optimización del tiempo, además de lo anterior, se valoró la posibilidad de digitalización de los informes mediante lápiz digital-tableta, o incluso el escaneado de documentos mediante aplicaciones móviles para evitar tener que realizar la duplicidad de las mismas (según la organización actual), todo ello con presupuestos ajustados.

c.-Seguridad del equipo sanitario de la Unidad. En este apartado se incluyen la app descrita anteriormente, así como los botones inteligentes (Smart button/TAGS NFC).

- Desarrollo de nuevas propuestas de TFG: actualmente en proceso, pendiente de valoración por los tutores de la Facultad de Ingeniería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es fundamental la seguridad del equipo sanitario de la Unidad, y en este momento no existe ningún sistema de aviso/alarma, o de localización del personal en las visitas domiciliarias, siendo particularmente peligroso (y necesario) aumentar la seguridad de las visitas de enfermería de guardia en horario no matinal, que se desplazan individualmente, y en ocasiones, de madrugada, teniendo población con dispersión geográfica. Probablemente el punto de partida sería mejorando los dispositivos telefónicos (búsquedas) actuales por un smartphone de baja-media gama, en el que se podrían incluir de inicio Apps de localización. Es uno de los puntos imprescindibles que consideramos se debería desarrollar tras realizar este trabajo.

Así mismo, consideramos igualmente importante, la realización de una campaña de publicidad, para visualización de la Unidad (tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario), humanización de la misma, mediante los formatos descritos anteriormente, así como la mejora y rediseño de los documentos del servicio, y material de entrega a los pacientes. Dicho material es actualmente de manufactura personal de varios integrantes de la Unidad, sin ningún conocimiento de manejo informático/ desarrollo de textos/ infografía. En los dossieres realizados se han entregado varias versiones de los mismos.

Y por último, pero también un aspecto básico del trabajo del día a día, la mejora de los materiales disponibles actualmente en la Unidad, destacando el transporte de medicación a los domicilios, y el transporte del material dentro de los vehículos. Disponemos de soluciones temporales no adecuadas y de baja calidad, y que como vehículos sanitarios deberían mejorar en su dotación.

7. OBSERVACIONES.

Queda a disposición de los Equipos de Calidad / Gestión los dossieres completos adjuntados por los estudiantes de ingeniería, que por ser muy extensos, no se adjuntan en este documento, en el que se ha realizado un resumen de los mismos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/831 ===== ***

Nº de registro: 0831

Título
ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0831

1. TÍTULO

ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE

CABALLERO ASENSIO RUTH, RANZ ANGULO DAVID, AYALA ALARCON BYRON, MATIA SANZ MARTA, FITENI MENA ISABEL, SEVIL PURAS MARIA, MARTINEZ ASENSIO SUSANA, GRACIA ASO NOELIA

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: Medicina Interna
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de atención domiciliaria permite atender en casa a los pacientes agudos en lugar de hacerlo en el hospital. Proporcionando una serie de ventajas de las que carece la hospitalización convencional. Sin embargo, se trata de un sistema complejo en el que intervienen diversos actores: pacientes, familiares, médicos, enfermeros y administración; cuyas necesidades o intereses pueden ser muy diferentes e incluso entrar en conflicto en algunas ocasiones.

Muchos pacientes necesitan tratamiento con fármacos vía parenteral (subcutánea o endovenosa), en una o varias dosis al día, gracias a diversos dispositivos (bombas elásticas y electrónicas). Una correcta adecuación de las necesidades terapéuticas de cada paciente en su propio domicilio y entorno, con visitas diarias del equipo sanitario, es fundamental para una atención global y eficiente. Aunque la organización habitual del servicio incluye una sola visita al día en el domicilio del paciente, ocasionalmente precisa varios desplazamientos del equipo por necesidad de medicación o complicaciones clínicas. Y para ello se dispone de turnos laborables de los sanitarios que forman el equipo, así como guardias localizadas por parte de enfermería. Todo ello teniendo en cuenta que en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) del Hospital Royo Villanova se atienden más de 300 pacientes al año, con una dispersión de hasta 20km del hospital como área de cobertura.

Por ello, tras cuatro años desde que se fundó la Unidad, consideramos necesaria una revisión y valoración del funcionamiento de la misma, para encontrar puntos de mejora, y diseñar paquetes de medidas ajustados a las necesidades tanto de los pacientes como del equipo sanitario. Este proyecto propone realizar un análisis de este complejo sistema desde la perspectiva y mediante el empleo de herramientas del diseño social, como estrategia de búsqueda de oportunidades de mejora hacia alguno de los colectivos relacionados con el servicio de atención domiciliaria. El proyecto se plantea en colaboración con la Escuela de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de Zaragoza, dentro del programa ping.salud "Programa de incorporación de ingenier@s al sistema sanitario".

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto tiene dos objetivos principales. El primero identificar problemas del servicio en cualquiera de los momentos del proceso. El segundo es identificar oportunidades de nuevos conceptos de producto o servicio capaces de atender oportunidades y demandas de usuarios en estos nuevos contextos sociales.

Objetivo a largo plazo es el desarrollo de estos nuevos conceptos de producto o servicio a través de la realización de Trabajos Fin de Grado (TFG) o Trabajos Fin de Máster dentro del programa ping.salud.

MÉTODO

Reuniones de trabajo: Al menos una reunión bimensual del equipo de HAD y el equipo de Ingeniería. Reunión inicial para describir los objetivos generales. Resto de comunicaciones vía correo electrónico.
Formación para el equipo de ingeniería: reunión de 3 horas para informar sobre protocolos de la Unidad de HAD y su funcionamiento interno. Suministrar material escrito disponible en la Unidad.
Revisión por parte del Equipo de Ingeniería del material suministrado. Desarrollar un sistema de servicio, realizar un esquema que visualice todos los procesos de la unidad, describir todos los puntos de mejora y qué solución podría haber, incluyendo mejorar la experiencia del usuario. El análisis de un sistema de servicio de producto, siguiendo la metodología desing thinking.

INDICADORES

Indicadores:

- Identificar una lista de problemas de servicio a cualquiera de sus niveles de actuación, a través de entrevistas personales, encuestas a personal-pacientes-cuidadores; además de la evaluación de toda la información registrada.
- Número de propuestas de mejora.
- Seleccionar uno de ellos para profundizar en la búsqueda de mejoras, tanto como nuevos productos o servicios para la mejora de la calidad asistencial del paciente, como de la actividad del personal sanitario.
- Valoración de esas propuestas por parte del personal y de los pacientes.
- Desarrollo de nuevas propuestas de TFG.

Valoración de los resultados: evaluación a través de un cuestionario de las mejoras planteadas por los stakeholders implicados directamente en el servicio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0831

1. TÍTULO

ANÁLISIS GLOBAL Y PROPUESTA DE MEJORA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNA VISIÓN DIFERENTE

DURACIÓN

El primer contacto con la escuela de Ingeniería se realizó en Septiembre de 2018. En febrero de 2019 se ha realizado la primera reunión informativa con el Equipo de Ingeniería. Durante el primer semestre del año, recogida de información, realización de encuestas iniciales de funcionamiento de servicio, reuniones bimensuales. Segundo semestre del año, análisis de toda la información y desarrollo del sistema de servicio, realización de encuestas de valoración y presentación de resultados.

OBSERVACIONES

Queda a decisión por parte del Equipo de Ingeniería el apartado/punto de mejora sobre el que realizarán el desarrollo de soluciones/productos.

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 - 2016/0896

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 - 2019/0496

1. TÍTULO

EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 20/01/2020

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
FRANCISCO SALAS RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Enero-Febrero 2019:

- Diseño de una base Excel para el registro de los datos de la vigilancia in situ diaria de aislamientos.
- Registro en la base Excel de los datos de los años 2017 y 2018, y análisis de los datos.
- Acuerdo con la Dirección de Enfermería para incluir el proyecto en el Acuerdo de Gestión del Servicio de Medicina Preventiva.

Marzo 2019:

- Elaboración de carteles para facilitar la preparación de los elementos necesarios para la implementación de las medidas recomendadas en cada caso: materiales que deben estar disponibles para la adopción de precauciones estándar y precauciones de transmisión por contacto, por gotas y por vía aérea; tipo de bolsa en función del residuo; envío a lavandería de ropa de pacientes en aislamiento.
- Diseño de una nota aclaratoria del uso de los carteles elaborados.
- Presentación de los carteles a la Dirección de Enfermería y los Supervisores de todas las Unidades del Hospital, en una reunión.
- Realización de sesiones formativas a cada una de las Unidades Hospitalarias, (enfermeras y auxiliares) para explicar las razones para la elaboración de los carteles y su adecuado uso, y resolución de dudas planteadas.

Abril 2019:

- Inicio de la utilización de los carteles en las Unidades.

Abril-Diciembre 2019:

- Recogida de datos e informatización.

Enero 2020:

- Análisis de los datos del periodo de estudio y comparativo con los de los años 2017 y 2018.
- Comunicación de los resultados y conclusiones en una sesión clínica hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado de indicadores de seguimiento:

Estructura:

% Unidades Hospitalarias que disponen de todos los carteles: 100 %.

Proceso:

% Unidades Hospitalarias en las que se realizan sesiones formativas: 100 %.

% de días vigilados: 96,33% (porcentaje de días vigilados durante todo el año 2019).

Resultado:

% casos en los que se dispone de todos los elementos necesarios para implementar las medidas de precaución adecuadas: 93,79%.

En el análisis de las incidencias producidas en las distintas Unidades Hospitalarias durante los años 2017 y 2018, se obtuvieron los resultados que se exponen a continuación:

- durante el año 2017 se detectaron incidencias en el 11,93% de los casos (89 de 746), distribuyéndose por Unidades de la siguiente manera: 31 (34,83%) en Cirugía; 27 (30,34%) en Medicina Interna de la 3ª B; 10 (11,24%) en Neumología; 5 (5,62%) en Urología; 5 (5,62%) en Cardiología/Neurología; 4 (4,49%) en Medicina Interna de la 3ª A; 4 (4,49%) en Traumatología; 2 (2,25%) en la 4ª B; 1 (1,12%) en Urgencias/UCI.

- durante el año 2018 se detectaron incidencias en el 15,08% de los casos (214 de 1419), con la siguiente distribución por Unidades: 61 (28,51%) en Neumología; 35 (16,36%) en Traumatología; 32 (14,95%) en Medicina Interna de la 3ª A; 26 (12,15%) en Medicina Interna de la 3ª B; 23 (10,75%) en Urología; 15 (7,01%) en la 4ª B; 14 (6,54%) en Cardiología/Neurología; 6 (2,8%) en Cirugía; 2 (0,93%) en Urgencias/UCI.

Estos resultados confirmaron la percepción de la enfermera de Medicina Preventiva sobre el incremento de las incidencias en la preparación de los aislamientos, principal razón por la que se decidió la realización de este Proyecto para proporcionar medidas informativas de apoyo para la preparación y disponibilidad de los materiales adecuados para la preparación de los distintos tipos de aislamiento hospitalario.

Desde abril de 2019, cuando se implementaron las medidas descritas, se detectaron incidencias en el 6,21% de los casos (99 de 1593), con la siguiente distribución por Unidades: 23 (23,23%) en Neumología; 22 (22,22%) en Urología; 14 (14,14%) en Medicina Interna de la 3ª A; 14 (14,14%) en Medicina Interna de la 3ª B; 8 (8,08%) en Cardiología/Neurología; 6 (6,06%) en Traumatología; 5 (5,05%) en Urgencias/UCI; 4 (4,04%) en Cirugía; 3 (3,03%) en la 4ª B.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0496

1. TÍTULO

EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Al realizar el análisis comparativo de los resultados de 2019 con los de los años 2017 y 2018, se observa:

- un incremento continuado en los días vigilados, con un 44,49% (109 de 245) en 2017; un 61,13% (151 de 247) en 2018; y un 96,33% (236 de 245) en 2019, alcanzándose por tanto en 2019 más del doble de días vigilados que en 2017.
- un incremento de los casos en los que se dispuso de todos los elementos necesarios para la implementación de las medidas de precaución adecuadas, con un 88,07% (657 de 746) en 2017; un 84,92% (1205 de 1419) en 2018; y un 93,79% (1494 de 1593) en 2019.
- una considerable disminución de las incidencias observadas, reduciéndose un 47,94% respecto a 2017 y un 58,82 en relación a 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El incremento de la vigilancia y la implementación de medidas correctivas y preventivas mejoran el porcentaje de casos en los que se dispone de todos los elementos necesarios para la adopción de las medidas de precaución adecuadas en cada caso.

La vigilancia y control de los aislamientos hospitalarios que realiza in situ diariamente la enfermera de Medicina Preventiva, es un sistema muy efectivo para la detección de incidencias y la implementación de medidas para solucionarlas y prevenirlas y, por tanto, contribuye de una manera fundamental a la prevención de la transmisión de gérmenes en el Hospital Royo Villanova.

Se ha demostrado, que el incremento de la vigilancia diariamente, ha hecho disminuir el número de incidencias ocurridas. El estudio del número de días vigilados en 2019 se ha duplicado con respecto al primer año observado (2017), y ha provocado un incremento inversamente proporcional (una reducción a la mitad) del número de incidencias observadas. Con lo que se concluye, que la educación para adoptar las medidas necesarias en cada tipo de aislamiento, que ejerce la enfermera de Medicina Preventiva en el personal es muy positiva y necesaria.

La enfermera de Medicina Preventiva juega un papel fundamental tanto en la educación al personal de nueva incorporación para una adecuada práctica del montaje de los aislamientos (la inestabilidad de personal en las Unidades hospitalarias, crea una rotación de personal eventual y es un factor que potencia errores) como en el refuerzo y afianzamiento de conocimientos previos en personal estable, ya que la enfermera de Medicina Preventiva ejerce un refuerzo positivo en el personal fijo que induce a corregir conceptos erróneos en cuanto a mecanismos de transmisión de gérmenes en el hospital.

Aunque los resultados han mejorado, continúa habiendo confusión entre la adopción de los materiales adecuados, fundamentalmente en las medidas recomendadas entre las precauciones de transmisión por gotas y por vía aérea, y en la utilización de mascarillas sin estar indicado en pacientes con precauciones de transmisión por contacto, por lo que es necesario continuar educando al personal.

Para conseguir una adecuada información a todas las personas (profesionales o familiares del paciente) que van a acceder a la habitación del paciente que tiene pautado el aislamiento, es muy importante la colocación de los carteles indicados por el Servicio de Medicina Preventiva.

Para asegurar la disponibilidad de los materiales necesarios, es fundamental revisar diariamente la cantidad de material disponible a la entrada de la habitación y proceder a su reposición cuando sea preciso.

Por todo ello, la vigilancia que realiza la enfermera de Medicina Preventiva por todas las Unidades Hospitalarias es importantísima para adoptar los materiales necesarios y las medidas adecuadas para cada tipo de aislamiento. Su presencia, la educación que ejerce, las correcciones y continuas soluciones a las dudas planteadas por el personal, contribuyen decisivamente a disminuir la aparición de incidencias.

La estabilidad de la plantilla, la disminución de la rotación del personal por los Servicios y una dotación de personal en cada Unidad Hospitalaria acorde a la carga de trabajo, unido a una formación continuada y la vigilancia diaria por todas las Unidades, son factores que, sin duda, mejoran la adecuada atención a los pacientes, incluyendo la adopción de medidas de precaución para la transmisión de gérmenes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/496 ===== ***

Nº de registro: 0496

Título
EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
BERNAD USON MARIA ANTONIA, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, FRANCISCO SALAS RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0496

1. TÍTULO

EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), anteriormente denominadas «nosocomiales» u «hospitalarias», se definen como aquéllas que se adquieren o desarrollan como consecuencia de la atención sanitaria y que no estaban presentes o incubándose en el momento de la admisión (a partir del 3er día de ingreso o tras las primeras 48 h). Incluyen las adquiridas en el lugar de la atención sanitaria que se presentan tras el alta, así como las ocupacionales, contraídas por los profesionales del centro.

El ámbito de estudio de las IRAS ha traspasado el marco hospitalario. Actualmente, se consideran IRAS a todas las infecciones que puede desarrollar el paciente como consecuencia de la asistencia recibida en el hospital o cualquier otro ámbito asistencial.

Las IRAS son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, documentando los estudios realizados su relación con un incremento de la morbilidad y mortalidad.

Una elevada frecuencia de IRAS indica una deficiente calidad de la prestación de servicios de atención de salud y ocasiona costes evitables derivados de un incremento de uso de medicamentos, el aumento de resistencias a antimicrobianos, la adopción de medidas de aislamiento, o la realización de más estudios de laboratorio y otras pruebas diagnósticas, así como de la prolongación de la estancia hospitalaria.

Estos factores, unidos a la rotación de personal en las distintas Unidades de hospitalización, con el consiguiente riesgo de unas prácticas de control de la transmisión de la infección no adecuadas, pueden facilitar la transmisión de gérmenes en el medio hospitalario.

Para prevenir esta transmisión de gérmenes en el Hospital Royo Villanova se dispone de un sistema de vigilancia y control de los aislamientos, en el que la enfermera de Medicina Preventiva controla in situ diariamente el cumplimiento de las medidas de precaución pautadas por los facultativos de Medicina Preventiva, verificando el tipo de germen que ha motivado las citadas medidas y si son las adecuadas, y realizando las correcciones oportunas en caso necesario, llevando a cabo actividades educativas en las buenas prácticas para el personal.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivar la existencia de posibles deficiencias en la adopción de las medidas de precaución para evitar la transmisión de gérmenes recomendadas en cada caso, e implementar mecanismos que permitan conocer los elementos necesarios para adoptar las medidas de precaución correspondientes y su finalidad, para ubicarlos in situ a disposición de las personas que tienen que utilizarlos.

Facilitar al personal, el paciente y las visitas, el cumplimiento de las medidas adecuadas según el tipo de aislamiento.

Fomentar que las medidas recomendadas sean adoptadas en las distintas Unidades asistenciales del Hospital Royo Villanova.

MÉTODO

Diseño de una base de Excel para el registro de los datos de la vigilancia in situ diaria de aislamientos.

Elaboración de unos carteles para facilitar la preparación de los elementos necesarios para la implementación de las medidas recomendadas en cada caso: materiales que deben estar disponibles para la adopción de precauciones estándar y precauciones de transmisión por contacto, por gotas y por vía aérea; tipo de bolsa en función del residuo; envío a lavandería de ropa de pacientes en aislamiento.

Sesiones formativas para auxiliares de enfermería y enfermeras para explicar los carteles, y resolución de dudas que pudieran plantearse.

Recogida por Unidad asistencial de los errores objetivados tras a implementación de los carteles, e informatización en la base de datos.

Comunicación los resultados a las Unidades.

INDICADORES

Estructura:

- % de Unidades Hospitalarias que disponen de todos los carteles

Numerador: N° de Unidades en las que se dispone de todos los carteles x 100

Denominador: N° de Unidades

Proceso:

- % de Unidades Hospitalarias en las que se realizan sesiones formativas

Numerador: N° de Unidades en las que se han realizado sesiones formativas x 100

Denominador: N° de Unidades

- % de días vigilados

Numerador: N° de días que se ha realizado vigilancia x 100

Denominador: N° de días laborales

Resultado:

- % casos en los que se dispone de todos los elementos necesarios para implementar las medidas de precaución adecuadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0496

1. TÍTULO

EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES INFORMATIVOS PARA LA DISPONIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ADECUADOS A CADA TIPO DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Numerador: N° casos con indicación de medidas basadas en la transmisión en que se disponía de todos los elementos necesarios x 100

Denominador: N° casos en que se han precisado precauciones basadas en la transmisión

- % incidencias por Unidad Hospitalaria

Numerador: N° de incidencias por Unidad x 100

Denominador: N° total de incidencias

DURACIÓN

Enero-febrero 2019: análisis de datos de 2017 y 2018.

Marzo 2019: diseño de carteles, presentación a Supervisores de Unidad y realización de sesiones formativas.

Abril 2019: inicio de utilización de carteles en las Unidades.

Abril-noviembre 2019: recogida de datos e informatización.

Diciembre 2019: análisis de datos y comunicación 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 - 2016/1733

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.....: Deshabitación 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 deshabitación 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 deshabitación 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 Deshabitación 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 deshabitación, plantearemos el tratamiento, conjuntamente con el neumólogo responsable de la deshabitación 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/201.

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 postécnica 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 Intencionista.

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 alérgico

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 - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL EGEA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANADON GALICIA EVA
JIMENEZ MILLAN VANESA
PARDOS VAL PILAR
SARRABLO IRANZO MIRIAM
PEREZ GIMENEZ LAURA
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL
FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DE ABRIL A JUNIO DE 2018 SE HIZO:- la búsqueda y revisión bibliográfica del material actualizado sobre vmni, monitorización, unidades de monitorización respiratoria..., y los cuidados de enfermería desarrollados durante estos procesos
-la puesta en común de la información recabada entre los componentes del grupo.
-deliberación de la inclusión o no en el protocolo de cada uno de los aspectos revisados.

DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2018 SE HIZO:-la elaboración del protocolo
-el envío del mismo a nuestro supervisor y al jefe del servicio de neumología (al que ambos respondieron dando su aprobación)
ENERO 2019 SE HIZO:-la presentación del protocolo al resto del personal del servicio
-envío a la comisión de cuidados de enfermería del HRV
FEBRERO 2019 :-el día 19 de febrero es valorado por dicha comisión, que lo aprueba.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- se ha hecho el registro del 100% de los pacientes que han pasado desde abril de 2018 por nuestra unidad
-se ha alcanzado el objetivo principal del proyecto que era la realización del protocolo de cuidados de enfermería dirigidos a pacientes ingresados en la unidad de monitorización respiratoria
-debido al retraso en la realización de las actividades, no hemos podido llevar a cabo la revisión semestral de historias propuesta en nuestro proyecto con el fin de evaluar el protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-En este año 2019, nos hemos planteado terminar el proyecto haciendo 2 revisiones semestrales de las historias de los pacientes que han pasado por la unidad de monitorización respiratoria, para comprobar que el protocolo se está aplicando y demostrar su utilidad a la hora de recoger datos y de aplicar unos cuidados homogéneos
-Durante la realización del protocolo nos hemos dado cuenta de que también sería aplicable en parte a los pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva aunque no tuvieran monitorización conectada, por lo que se sigue con la idea de exportarlo a otros servicios del hospital donde ingresen pacientes candidatos a la ventilación .
-Se le propone al resto del equipo de enfermería la presentación de sugerencias con el fin de mejorar dicho protocolo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/390 ===== ***

Nº de registro: 0390

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
EGEA GONZALEZ RAQUEL, ANADON GALICIA EVA, JIMENEZ MILLAN VANESA, PARDOS VAL PILAR, SARRABLO IRANZO MIRIAM, PEREZ GIMENEZ LAURA, SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL 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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: no lo teníamos claro

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- la creación y puesta en marcha duran: la creación te el primer trimestre de 2018 de una nueva unidad de monitorización respiratoria a cargo del servicio de Neumología del hospital Royo Villanova conlleva la necesidad de aclarar y protocolizar los cuidados de enfermería específicos que requieren este tipo de pacientes, con el fin de conseguir el máximo bienestar del paciente durante su estancia en dicha unidad y a la vez rentabilizar los recursos de los que se dispone (especialmente cuando en el tratamiento con ventilación mecánica no invasiva,vmni, todos los fungibles: mascarillas,tubuladuras...suponen un alto coste económico)

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS:

1. ofrecer la máxima seguridad y los mejores cuidados evidenciados al paciente
2. homogeneizar los criterios de actuación de enfermería para aumentar la calidad asistencial
3. proporcionar una herramienta de trabajo en equipo que mejore la organización y planificación de los cuidados al paciente
4. rentabilizar los recursos disponibles.

MÉTODO

- 1 -Revisión bibliográfica sobre cuidados enfermeros a pacientes con ventilación mecánica no invasiva y monitorizados .
- 2 -Reunión para puesta en común y debate.
- 3 -Realización de un protocolo,que desarrolle actividades que tengan la finalidad de :prevenir, disminuir o resolver las posibles complicaciones que conlleva la vmni.Entre dichas actividades se incluirán algunas más específicas como:-registro de parámetros fisiológicos (constantes vitales, nivel de consciencia, o uso de musculatura respiratoria.....) -registro de parámetros de intercambio gaseoso(gasometría,saturación...)-control y revisión periódica de todo el aparataje:principalmente para evitar fugas .
Además de todos los cuidados holísticos del paciente:físicos y psicológico
- 4 -Presentación del mismo ante la Comisión de Calidad del HRV
- 5-Presentación al resto del servicio.
- 6-Implementación del mismo 7-Facilitar el acceso a dicho protocolo al personal de nueva contratación
- 8-Distribución a otros servicios que aunque no dispongan de monitores sean candidatos de acoger pacientes con vmni

INDICADORES

- Registrar a los pacientes que pasen por la unidad de monitorización respiratoria
- semestralmente revisar las historias(elegidas aleatoriamente)de un porcentaje significativo de dichos pacientes y comprobar en los registros de enfermería la cumplimentación de las actividades incluidas en el protocolo
- Calcular nºde pacientes con protocolo aplicado /nº de pacientes ingresados en la UMRx100

DURACIÓN

- abril-mayo 2018:revisión bibliográfica
- junio 2018:reunión para puesta en común y consensuar los mejores cuidados basáندانos en las evidencias científicas actuales
- septiembre 2018:presentar el protocolo ante la comisión de calidad del HRV
- octubre 2018:iniciar implementación del mismo
- marzo 2019:realizar la primera revisión semestral de evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA DE NUEVA CREACIÓN DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL EGEA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANADON GALICIA EVA
JIMENEZ MILLAN VANESA
PARDOS VAL PILAR
SARRABLO IRANZO MIRIAM
PEREZ GIMENEZ LAURA
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL
FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De abril a junio de 2018, se hizo una búsqueda y revisión bibliográfica de material actualizado sobre los cuidados enfermeros a pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva (vmni) y monitorización respiratoria. En junio de 2018 se pone en común la información recabada por el grupo y se debate para consensuar qué cuidados se incluirán en el protocolo que se va a desarrollar, basándose en las evidencias científicas del momento. Entre septiembre y diciembre de 2018, se realiza el protocolo como tal, en el cual se incluye una hoja de registro rápido de los cuidados fundamentales de enfermería al paciente con vmni y monitorizado, dicha hoja será incluida y cumplimentada en la historia de enfermería de cada paciente que pase por las camas con monitor. En diciembre de 2018 se envía el protocolo al supervisor de enfermería y al jefe de servicio de neumología, dando ambos la aprobación al mismo. Enero 2019, se presenta el protocolo al resto del personal de enfermería del servicio de neumología y se pone en marcha. También se envía a la comisión de cuidados de enfermería del HRV. El 19 de febrero de 2019 es valorado por dicha comisión, que lo aprueba. Durante todo el año se fue haciendo un registro de los pacientes que pasaron por la unidad. En junio de 2019 se hizo la primera evaluación semestral de las historias de los pacientes que habían ingresado, buscando datos para valorar la aplicación del protocolo y los cuidados de enfermería que se realizaban. En enero de 2020 se hace la segunda evaluación semestral y se analizan todos los datos anuales para obtener unas conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre los objetivos marcados por el grupo de trabajo, el principal era la elaboración de un protocolo de cuidados al paciente con monitorización respiratoria y vmni que garantizase la calidad y seguridad de los cuidados y facilitara el trabajo al personal. (el protocolo se elaboró, y fue aceptado por la comisión de cuidados de enfermería del hospital en febrero de 2019). Otro de los objetivos fue registrar al 100% de los pacientes que habían ingresado en las camas de monitorización, con el fin de hacer una revisión posterior de historias y ver si se seguía aplicando el protocolo. (entre el 28 de enero de 2019, que se puso en marcha el protocolo, hasta el 31 de diciembre de 2019 pasaron 45 pacientes por la unidad de monitorización). Y en último lugar nos propusimos revisar historias aleatoriamente para comprobar si el protocolo se estaba aplicando y para intentar evaluar cómo eran los cuidados realizados. En junio y diciembre de 2019 se hizo una evaluación de todas las historias de pacientes ingresados en cama de monitorización (al principio se planteó revisar sólo un número significativo de historias de forma aleatoria, pero finalmente se solicitaron todas). Se usó como indicador de que el protocolo se aplicaba, la presencia en la historia de enfermería de la hoja de registro rápido nombrada antes. Además para evaluar nuestros cuidados enfermeros decidimos fijar unos "marcadores clave" en el cuidado de los pacientes con vmni, que fueron:
- presencia /ausencia de úlcera por presión en el arco nasal, que es una de las complicaciones más frecuentes, a causa de la mascarilla nasal o buconasal
- aplicación de cuidados oculares con el fin de evitar conjuntivitis, por fuga de aire de la mascarilla hacia los ojos.
- la realización de la higiene bucal imprescindible en la vmni para mantener las mucosas hidratadas
- la comprobación de la integridad de la tubuladura, conexiones y buen funcionamiento del ventilador
Los resultados de dicha evaluación fueron los siguientes:
Por la unidad pasaron 45 pacientes entre el 28 de enero y el 31 de diciembre de 2019.
Se recuperaron 42 historias, por motivos administrativos no se consiguieron las otras 3.
De los 42 pacientes analizados que pasaron por monitorización respiratoria, 32 lo hicieron con vmni, y los otros 10: en 6 casos fueron pacientes portadores de oxígeno a altos flujos, en 2 casos se trató de pacientes monitorizados por otros motivos, y en 2 casos hubo que usar las camas debido a la gran presión asistencial del momento.
Con respecto a la evaluación de la aplicación del protocolo, de los 32 pacientes con vmni, 26 tenían la hoja

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA DE NUEVA CREACIÓN DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

de registro en la historia de enfermería (lo que supone un 81,25% de los pacientes)
Y sobre los cuidados aplicados, los resultados fueron:
De los 26 pacientes que tenían la hoja de registro cumplimentada:
23 NO presentaron úlcera en arco nasal (representa un 88,46%)
En 16 casos quedó registrado la realización de los cuidados oculares (representa un 61,53%)
22 pacientes realizaron la higiene bucal adecuadamente (el 84,61% de los pacientes)
Y en los 26 casos se había comprobado el buen estado de la tubuladura, conexiones y funcionamiento del ventilador (100% de los pacientes con vmni)
En el protocolo de cuidados de enfermería al paciente con vmni ingresado en las camas de monitorización respiratoria, nos pusimos como objetivo alcanzar un 75% de éxito en cada una de las actividades evaluada. Por lo que, salvo en el cuidado de los ojos, en el resto de actividades se ha superado dicho porcentaje.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En los últimos años se han ido desarrollando dentro de los servicios de Neumología áreas para el tratamiento y seguimiento de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o insuficiencia respiratoria crónica agudizada que no requieren ventilación mecánica invasiva (VMI) o ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Son las Unidades de Monitorización Respiratoria y las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) las responsables de que un alto porcentaje de pacientes se beneficien del tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI)
Hasta abril de 2018, en el Hospital Royo Villanova (HRV) los pacientes con VMNI eran atendidos en distintos servicios por personal médico y de enfermería diversos. Se hizo necesario ubicar a estos pacientes en un lugar donde se le ofrecieran los cuidados especializados necesarios y se les controlara estrictamente. Por ello se creó la UMR en la Sección de Neumología del HRV.
El personal de enfermería consciente de que es fundamental ofrecer a estos pacientes respiratorios una atención especializada con el fin de conseguir una ventilación exitosa decide desarrollar un protocolo de enfermería, a la vez que registrar a todos los pacientes que pasen por la unidad con el fin de luego poder revisar la calidad de los cuidados ofertados.
A final de 2018 se realiza dicho protocolo y se comienza en 2019 con su aplicación.
En enero de 2020 hacemos la evaluación de nuestro trabajo y llegamos a las siguientes conclusiones:
- El protocolo se ha estado aplicando (en algunas historias de enfermería no se había incluido la hoja de registro pero esto no significa que no se estuviese aplicando, ya que a veces los datos se habían transcrito en las hojas de proceso de enfermería en vez de en la específica para ello)
- El uso del protocolo mejora la calidad de nuestros cuidados porque homogeneiza los mismos y evita olvidos.
- El protocolo facilita el trabajo de los profesionales, especialmente los de nueva incorporación.
Recomendaciones:
- El protocolo debe estar en continua reevaluación y modificación, al tratarse de una unidad de reciente creación, con aparataje y técnicas que se van renovando según las actualizaciones del momento.
- Dentro de los cuidados de enfermería deberíamos esforzarnos en mejorar el registro en general, y mejorar la realización /registro de los cuidados oculares en particular

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/390 ===== ***

Nº de registro: 0390

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
EGEA GONZALEZ RAQUEL, ANADON GALICIA EVA, JIMENEZ MILLAN VANESA, PARDOS VAL PILAR, SARRABLO IRANZO MIRIAM, PEREZ GIMENEZ LAURA, SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: no lo teníamos claro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA DE NUEVA CREACIÓN DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- la creación y puesta en marcha duran: la creación te el primer trimestre de 2018 de una nueva unidad de monitorización respiratoria a cargo del servicio de Neumología del hospital Royo Villanova conlleva la necesidad de aclarar y protocolizar los cuidados de enfermería específicos que requieren este tipo de pacientes, con el fin de conseguir el máximo bienestar del paciente durante su estancia en dicha unidad y a la vez rentabilizar los recursos de los que se dispone (especialmente cuando en el tratamiento con ventilación mecánica no invasiva,vmni, todos los fungibles:mascarillas,tubuladuras...suponen un alto coste económico)

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS:

1. ofrecer la máxima seguridad y los mejores cuidados evidenciados al paciente
2. homogeneizar los criterios de actuación de enfermería para aumentar la calidad asistencial
3. proporcionar una herramienta de trabajo en equipo que mejore la organización y planificación de los cuidados al paciente
4. rentabilizar los recursos disponibles.

MÉTODO

:1 -Revisión bibliográfica sobre cuidados enfermeros a pacientes con ventilación mecánica no invasiva y monitorizados .

2 -Reunión para puesta en común y debate.

3 -Realización de un protocolo,que desarrolle actividades que tengan la finalidad de :prevenir, disminuir o resolver las posibles complicaciones que conlleva la vmni.Entre dichas actividades se incluirán algunas más específicas como:-registro de parámetros fisiológicos (constantes vitales, nivel de consciencia, o uso de musculatura respiratoria.....) -registro de parámetros de intercambio gaseoso(gasometría,saturación...)-control y revisión periódica de todo el aparataje:principalmente para evitar fugas .
Además de todos los cuidados holísticos del paciente:físicos y psicológico

4 -Presentación del mismo ante la Comisión de Calidad del HRV

5-Presentación al resto del servicio.

6-Implementación del mismo 7-Facilitar el acceso a dicho protocolo al personal de nueva contratación

8-Distribución a otros servicios que aunque no dispongan de monitores sean candidatos de acoger pacientes con vmni

INDICADORES

-Registrar a los pacientes que pasen por la unidad de monitorización respiratoria

-semestralmente revisar las historias(elegidas aleatoriamente)de un porcentaje significativo de dichos pacientes y comprobar en los registros de enfermería la cumplimentación de las actividades incluidas en el protocolo

-Calcular nºde pacientes con protocolo aplicado /nº de pacientes ingresados en la UMRx100

DURACIÓN

abril-mayo 2018:revisión bibliográfica

junio 2018:reunión para puesta en común y consensuar los mejores cuidados basándanos en las evidencias científicas actuales

septiembre 2018:presentar el protocolo ante la comisión de calidad del HRV

octubre 2018:iniciar implementación del mismo

marzo 2019:realizar la primera revisión semestral de evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0395

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE VANESA JIMENEZ MILLAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EGEA GONZALEZ RAQUEL
ANADON GALICIA EVA
SARRABLO IRANZO MIRIAM
PARDOS VAL PILAR
BAQUEDANO CORTES CONSUELO
SANZ SANJOAQUIN ANA ISABEL
FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de Abril y Mayo, los integrantes del equipo de mejora, recopilaron la información teniendo en cuenta las opiniones y sugerencias de todo el servicio de Neumología y Digestivo.
Una vez diseñado y realizado el tríptico específico de nuestro servicio, se presentó a los Jefes de Servicio de Neumología y Digestivo, así como a nuestro supervisor de enfermería, dando todos ellos su conformidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha podido llevar a cabo su implantación, ya que al presentar el tríptico de nuestro servicio en Dirección de Enfermería, se nos ha comunicado que existía un grupo de trabajo que estaba realizando trípticos generales de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión, a pesar de que el trabajo se ha realizado, no se ha visto conveniente, por parte de Dirección de Enfermería, que el tríptico entregado sea el elaborado específicamente por nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/395 ===== ***

Nº de registro: 0395

Título
TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

Autores:
JIMENEZ MILLAN VANESA, EGEA GONZALEZ RAQUEL, ANADON GALICIA EVA, SARRABLO IRANZO MIRIAM, PARDOS VAL PILAR, BAQUEDANO CORTES CONSUELO, SANZ SANJOAQUIN ANA ISABEL, FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La planta de Neumología y Digestivo del Hospital Royo Villanova está formada por diferentes espacios que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0395

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

ofrecen al paciente una atención integral durante su estancia.

Estos espacios son:

- 15 habitaciones con un total de 18 camas para paciente respiratorio y 10 para pacientes del servicio de Digestivo.
- 1 habitación donde está ubicado el Hospital de Día de Neumología
- Zona de despachos, secretaria ...

Fuera del entorno de la planta:

- Consultas externas de Neumología, ubicadas en la planta baja del hospital, accediendo a ellas por la puerta de Urgencias.
- Unidad de deshabituación tabáquica, junto a las consultas externas de Neumología.
- Pruebas Funcionales, situadas también en la planta baja del hospital.

La mayoría de las veces tanto el paciente como el acompañante desconocen la ubicación, horarios, normativa de actuación... de los servicios que se le van a ofrecer durante su ingreso y al alta tras la hospitalización.

Consideramos pertinente que el usuario disponga a su llegada a la planta de un tríptico, donde venga reflejado, de una forma esquemática, toda la información que habitualmente es demandada.

Si el usuario está bien informado sobre los recursos disponibles, aumentará su sensación de confort y seguridad, a la vez que evitará en la medida de lo posible que el personal responda de forma reiterada a este tipo de demandas de información.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son:

- Ofrecer una acogida e estancia confortable.
- Facilitar información importante durante la hospitalización en el servicio de Neumología y Digestivo.
- Mejorar la adaptabilidad del paciente y acompañante en su estancia mejorando así su sensación de seguridad e independencia.

MÉTODO

Todas las actividades serán puestas en común y reevaluadas periódicamente por el equipo de mejora.

- Se reunirá periódicamente toda información que los profesionales del servicio consideran más demandada por los pacientes y acompañante en el servicio de neumología y digestivo del HRV: teléfonos, localización de servicios (hospital de día, deshabituación tabáquica, despachos médicos, secretaría, etc.), horarios de comida...
- Diseño y realización del tríptico informativo de acogida.
- Presentar el proyecto a la dirección de enfermería con la intención de informar acerca de su elaboración y contenido.
- Presentación del tríptico a todos los integrantes de la unidad para su conocimiento.
- Implantar y remitir el tríptico a acompañantes y pacientes que ingresen en el servicio.
- Recogida de datos mediante encuesta y análisis de datos.

INDICADORES

Los indicadores que utilizamos para la valoración de los objetivos marcados son los siguientes:

- . Número de pacientes que reciben el tríptico/Número de pacientes ingresados en un período x 100
- . Número de pacientes que han leído el tríptico/número de pacientes que reciben el tríptico x 100
- . Número de pacientes que consideran útil la información del tríptico/Número de pacientes que han recibido el tríptico.

DURACIÓN

De Abril a Diciembre de 2018.

- Abril y Mayo de 2018: Comienzo con la realización del proyecto de mejora. Reunión de equipo para puesta en común de la información que, posteriormente se recopilará en el tríptico informativo. Diseño y realización del tríptico.
- Junio de 2018: Presentación del tríptico informativo de acogida a la Dirección de Enfermería y al personal.
- Julio de 2018: Puesta en marcha. Implantar y remitir el tríptico informativo de acogida a todo paciente y acompañante que ingrese en el servicio de hospitalización de neumología y digestivo.
- Diciembre de 2018: Entrega de encuesta a los pacientes ingresados, y análisis de consecución de los objetivos marcados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0395

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0851

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE LA EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ANA BOLDOVA LOSCERTALES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES NILSSON JOSE
LAZARO SIERRA JAVIER
MORENO MIRALLAS MARIA JESUS
ROSELL ABOS MARIA TERESA
ZUIL MARTIN MARCOS
CASTANERA MOROS ANTONIO
GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado hasta 4 reuniones con el servicio de Urgencias modificándose el protocolo de base del año 2017. La conclusión de dichas reuniones ha sido la de involucrar al servicio de Medicina Interna (Dr. Nicolás Alcalá Rivera), debido al papel que, sobre ingresos de exacerbadores EPOC, también tiene el citado Servicio de Medicina Interna, incluyendo la Unidad de Hospitalización a Domicilio.
Se ha aprobado un borrador de protocolo de atención hospitalaria de Exacerbación EPOC basado en la estandarización del uso de corticoides sistémicos y/o antibioterapia empírica.
Dicho borrador no se remite a la Comisión Clínica de Evaluación de las Nuevas Tecnologías dado que no se había tenido en cuenta a la unidad de Hospitalización a Domicilio (Medicina Interna).
Inicio de activación de Hospital de Día en el Servicio, como vía alternativa, no incluida en protocolo inicial. Se han seguido integrando (tercer apartado del punto 7: Indicadores y evaluación), fármacos relacionados con la exacerbación de EPOC, en los protocolos de tratamiento de Farmatools del Centro (última actualización: bromuro de Aclidonio y fumarato de formoterol, día: 19. 02. 2019), aunque sólo parcialmente, (no incluidas plantas con pacientes neumológicos externos a la 2ª Planta).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la última reunión se han establecido los siguientes indicadores de calidad para su evaluación durante los meses de Diciembre de 2018 y Enero de 2019:
- Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC con espirometría obstructiva previa / Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Hábito tabáquico valorado en urgencias en pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación EPOC/ Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Número de pacientes derivados al Hospital de Día de Neumología desde urgencias/ Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Número de pacientes derivados a Hospitalización Domiciliaria desde urgencias/Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Número total de pacientes ingresados en el Sº. Neumología (enero-junio 2018) con el diagnóstico de EPOC (tras filtrado de diagnósticos erróneos): 154

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La innovación en el campo de la atención extrahospitalaria supone nuevos retos para el manejo de los pacientes con exacerbación EPOC.
- La atención de los pacientes tanto en hospital de día como hospitalización a domicilio supone una disminución de los costes sanitarios (directos e indirectos) asociados a esta enfermedad.
- La integración del Servicio de Medicina Interna en el estudio permite evitar resultados e interpretaciones incompletas.

7. OBSERVACIONES.

Durante el periodo de desarrollo del Proyecto, se han producido modificaciones como:
· Aportaciones, cada vez mayores, del Hospital de Día al tratamiento de pacientes EPOC exacerbados
· Incorporación del Servicio de Medicina Interna (con la Unidad de Hospitalización a Domicilio incluida) al Proyecto, por el ingreso de importante número de pacientes EPOC exacerbadores a su cargo
· Implantación progresiva, aunque no completa, del sistema informático Farmatools en el Centro

Todas ellas suponen un conjunto de cambios de suficiente entidad, como para alterar las conclusiones y objetivos del proyecto, por lo que se solicita la tipificación de la Memoria como memoria de Seguimiento, con el fin de proporcionar unos datos definitivos más globales y completos en un plazo prolongado de un año.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/851 ===== ***

Nº de registro: 0851

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0851

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE LA EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

Título
PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
BOLDOVA LOSCERTALES ANA, ANDRES NILSSON JOSE MARIA, MORENO MIRALLAS MARIA JESUS, LAZARO SIERRA JAVIER, ROSELL ABOS MARIA TERESA, ZUIL MARTIN MARCOS, CASTANERA MOROS ANTONIO, GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA

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 .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad muy prevalente en la población (En torno al 10%), esta aumentando el diagnóstico y supondrá la tercera causa de muerte a nivel mundial en el 2030
En nuestro hospital, es el GRD que más gastos sanitarios directos e indirectos genera, siendo las exacerbaciones de la EPOC uno de los desenlaces relevantes en la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la atención de los pacientes con EPOC
2. Disminuir la variabilidad en cuanto a la atención que se presta al paciente que acude al Servicio de Urgencias por exacerbación de la enfermedad.
3. Poner en marcha un protocolo de actuación en para el manejo y tratamiento de las exacerbaciones de EPOC

MÉTODO
Partimos de un borrador consensuado con el Servicio de Urgencias, desarrollado durante el año 2017
Para ello, se ha realizado búsqueda bibliográfica y revisión de las guías de manejo clínico actualizadas.
Existe una previsión de reuniones junto con el Servicio de Urgencias para consensuar el trabajo a realizar conjuntamente

INDICADORES
Indicador principal: finalización del consenso en plazo
Indicadores secundarios:
1. Definir los tipos de exacerbación para ajustar tratamientos
2. Recomendaciones de manejo de la exacerbación ajustadas a la evidencia científica
3. Inclusión de protocolos de tratamiento en farmatools

DURACIÓN
Creación de herramientas informáticas, para tipificación de la exacerbación y del manejo del paciente así como de su tratamiento codificado en el programa de prescripción farmacéutica (farmatools) en Octubre de 2018.
Se prevé la finalización del protocolo en Noviembre de 2018.
A partir de Noviembre 2018, difusión en la plataforma de protocolos del Hospital Royo Villanova y adiestramiento del personal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0950

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA PEREZ GIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BOLDOVA LOSCERTALES ANA
LAZARO SIERRA JAVIER
CASTANERA MOROS ANTONIO
ROSELL ABOS MARIA TERESA
ZUIL MARTIN MARCOS
VARELA MARTINEZ ISABEL
MONCIN TORRES CARLOS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha procedido a una extensa revisión bibliográfica de las publicaciones sobre el tratamiento de las bronquiectasias no FQ(fibrosis quística) mediante antibioterapia inhalada, observándose como en los últimos años el número de publicaciones era significativamente mayor dado el interés que despierta el tratamiento de esta patología y el incremento de casos diagnosticados.

Durante el primer trimestre de 2018, tanto la sociedad española de Neumología, como la sociedad europea de Respiratorio, publicaron guías basadas en la evidencia actual sobre el diagnóstico y el tratamiento de las bronquiectasias no FQ. Se procedió a la revisión de ambas por parte de los miembros del grupo de mejora y se contactó con responsables de Centros nacionales de Referencia y amplia experiencia (Hospital Ramón y Cajal- Madrid y Hospital Vall d'Hebron- Barcelona) con la intención de unificar criterios y elaborar un protocolo para nuestro centro.

Durante el segundo semestre de 2018 se ha procedido a la elaboración del "protocolo de utilización de antibióticos inhalados para el tratamiento de bronquiectasias no fibrosis quística" pendiente en el momento actual de evaluación y publicación en intranet.

Está prevista una sesión general para el personal del centro con el objetivo de dar a conocer oficialmente el protocolo a todos los servicios implicados en el tratamiento de esta patología

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- En el momento actual el tratamiento antibiótico inhalado de las bronquiectasias no FQ se encuentra prácticamente centralizado en el Servicio de Neumología de nuestro centro, a través de 2 consultas monográficas y un Hospital de Día que adiestra a nuestros pacientes en el uso de lo dispositivos necesarios. En caso de que la prescripción la realice otro servicio, previamente consultan al Servicio de Neumología para decidir principio activo, duración del tratamiento y seguimiento posterior en consulta monográfica.

2- La variabilidad es apenas inexistente, los criterios de tratamiento, la elección del antibiótico y su dispositivo así como la formación y seguimiento del paciente están perfectamente estandarizados.

3- Se revisó que las prescripciones realizadas cumplieran los criterios establecidos (paciente con diagnóstico de bronquiectasias e infección bronquial por Pseudomona Aeruginosa u otros microorganismos potencialmente patógenos (MPP)). TODAS cumplieron ambos criterios a excepción de una, dónde la sospecha de MPP era elevada pero no se consiguió el aislamiento microbiológico ; a pesar de ello se decidió iniciar tratamiento antibiótico inhalado por la mala evolución clínica del paciente.

4- Los tiempos desde la prescripción por parte del medico especialista hasta la dispensación por parte del servicio de Farmacia se han reducido notablemente, no excediendo la semana en caso del paciente ambulatorio estable y siendo inferior a las 24 horas en caso del paciente agudo u hospitalizado.

5- Existe una base de datos creada en Hospital de Día de Neumología de todos los pacientes en tratamiento antibiótico inhalado actual. Está programado el análisis de datos y su posterior comunicación. Simultáneamente se está participando en el Registro Internacional de Bronquiectasias (RIBRON)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Previamente a la elaboración de este proyecto y de un protocolo existía una variabilidad importante en los criterios de tratamiento y en el seguimiento de los pacientes ya que eran varios los servicios implicados . La unificación de criterios y el trabajo conjunto ha mejorado notablemente el tratamiento de nuestros pacientes.
- El manejo del enfermo de forma centralizada y en Hospital de Día de Neumología consigue un mayor adherencia del tratamiento y un diagnóstico precoz de las complicaciones.
- La comunicación y el trabajo con el servicio de Farmacia es fundamental para realizar un circuito sencillo y eficaz para el profesional y el paciente.
- La comunicación al resto de servicios implicados del protocolo realizado ha conseguido un mayor control en el uso de antibioterapia inhalada y un mejor seguimiento en este perfil de paciente.

7. OBSERVACIONES.

Se adjuntara por correo electrónico el protocolo elaborado

*** ===== Resumen del proyecto 2018/950 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0950

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Nº de registro: 0950

Título
ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Autores:
PEREZ GIMENEZ LAURA, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, LAZARO SIERRA JAVIER, CASTANERA MOROS ANTONIO, ROSELL ABOS MARIA TERESA, ZUIL MARTIN MARCOS, VARELA MARTINEZ ISABEL, MONCIN TORRES CARLOS ANGEL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las bronquiectasias son la tercera enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea. Debido al uso, cada vez más habitual de la TAC, su diagnóstico se ha incrementado notablemente.
La experiencia adquirida en el tratamiento de la fibrosis quística (FQ) se ha extrapolado a las bronquiectasias no FQ, siendo obligatorio estandarizar y protocolizar el uso de fármacos inhalados en esta entidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Población diana: pacientes con bronquiectasias no FQ con infección bronquial por gérmenes potencialmente patógenos.

-Objetivos:
Disminuir la variabilidad en el tratamiento de las bronquiectasias no FQ.
Protocolizar el uso de antibioterapia inhalada en estos pacientes
Simplificar el circuito actual de prescripción
Minimizar los errores de prescripción
Servicios a los que va dirigidos:
Neumología, Medicina Interna, Farmacia

MÉTODO
Implementar las guías de práctica clínica a las características del hospital.
Contactar con centros de referencia nacionales que tengan estandarizado el tratamiento de las bronquiectasias no FQ
Elaboración del protocolo conjunto con farmacia y puesta en marcha

INDICADORES
Porcentaje de prescripciones correctamente cumplimentadas : número de prescripciones correctamente cumplimentadas/ número de prescripciones totales.
- Ausencia de variabilidad en el uso de antibioterapia inhalada.
- Porcentaje de prescripciones que no cumplen lo criterios de uso de antibioterapia inhalada: pacientes sin bronquiectasias, no infección crónica por microorganismo potencialmente patógeno.
- Tiempo transcurrido desde la prescripción hasta la dispensación del tratamiento por parte de farmacia
- Creación y desarrollo de una base de datos para análisis posterior.

DURACIÓN
- Noviembre 2017- Enero 2018: revisión bibliográfica
- Febrero 2018: consulta de guías recientemente publicadas (Sociedad española y sociedad europea de patología respiratoria)
- Marzo de 2018: contacto con centros de referencia nacional para consultar sus prácticas clínicas habituales.
- Segundo trimestre 2018: elaboración de borrador del documento por parte del servicio de neumología y farmacia
- Segundo semestre de 2018: puesta en común de documentos, elaboración de documento final y puesta en marcha.
-Primer trimestre de 2019: sesión clínica informativa en sesión general hospitalaria. Análisis de los primeros resultados
- Se precisaran 3 reuniones conjuntas Neumología-Farmacia.
- No serán necesarios recursos materiales ni humanos

OBSERVACIONES
El servicio de Neumología se encargará de la elaboración de una base de datos; se propondrá al Hospital Royo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0950

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Villanova la inclusión de los datos de pacientes con bronquiectasias no FQ en la registro nacional de bronquiectasias

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0190

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE VANESA JIMENEZ MILLAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRUGA PABLO MARIA ISABEL
BAQUEDANO CORTES CONSUELO
FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA
MAYORAL MORENO ISABEL NATALIA
RIVAS ANTOLIN MARIA CARMEN
FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez constituido el equipo de mejora se realizaron varias sesiones para su puesta en marcha, repartición de las actividades a desempeñar y designación de sus responsables.

El cumplimiento del calendario propuesto se ha visto modificado en algunas actividades debido a que en el periodo vacacional no estaba el personal fijo de la planta.

Las fechas y las actividades que se realizaron fueron las siguientes:

- Marzo de 2019:

? Elaboración de Encuestas Previas y entrega al personal de la unidad para conocer la opinión acerca de la reposición correcta y de la distribución del material de nuestros carros. La participación del personal de nuestra unidad fue de un 70% de enfermería y de un 63% de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

- Junio y Julio de 2019:

? Elaboración del Listado del Material necesario que tenía que tener cada carro. Estos listados incluyen el mismo material en cada uno de ellos. A pesar de que la configuración de dos de dichos carros es distinta, se ha conseguido que la distribución del material sea prácticamente igual en todos ellos. Se ha estandarizado también, no solo el contenido, sino la cantidad que tiene que haber de cada material. Se han incluido nuevos materiales atendiendo a las encuestas realizadas por el personal, y se han eliminado otros que no se utilizaban.

? Organización del material. Se han habilitado contenedores plásticos para que sean más prácticos a la hora de su limpieza y durabilidad. En ellos se han colocado etiquetas identificativas del material que contienen. Se han realizado adaptaciones en los carros para mejorar sus accesos, organizando en espacio y cantidad los materiales que se requirieren habitualmente.

? Elaboración de Pósters. Se ha elaborado un póster para cada carro, en los que de forma gráfica se facilita la distribución de cada material. Estos están visibles en la pared al lado de cada carro correspondiente.

? Elaboración de Tablas de Listados. Se han colocado en cada carro para facilitar la accesibilidad de la información.

? Elaboración de una Hoja de Registro de Firmas. Se ha elaborado una hoja de registro de firmas por turno para que cada Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se haga responsable de la reposición de su carro. Queda también registrado, la falta de algún material para el conocimiento del Supervisor de Enfermería de la unidad.

- Septiembre de 2019:

? Presentación y puesta en marcha al personal de la planta del proyecto de mejora.

- Diciembre de 2019:

? Elaboración de una Encuesta Final y análisis de la consecución de los objetivos marcados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido evaluados con el análisis de la Encuesta Final. El grado de participación ha sido alta, siendo de un 81% de enfermeras y de un 73% de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

La valoración del personal de la reposición correcta de los carros ha aumentado en el servicio un 22,5% siendo:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0190

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería un 27% (de una nota previa de 6,6 a 8,8).
- Enfermería un 18% (de una nota previa de 7 a 8,9).

El grado de satisfacción de los carros ha aumentado en el servicio un 19,5 % siendo:

- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería un 23% (de una nota previa de 6,5 a 8,8).
- Enfermería un 16% (de una nota previa de 7,2 a 8,9).

El 100% del personal cree que el material incluido actualmente en los carros es el adecuado.

El 90% del personal cree que los listados y los pósters favorecen la reposición y uso de los carros al personal de nueva incorporación.

El grado de cumplimentación de la hoja de registro por parte de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería ha sido de un 95%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias al proyecto de mejora de la estandarización del material de los carros de curas de nuestra unidad hemos conseguido facilitar la práctica asistencial y el trabajo diario. Se ha adecuado a nuestra unidad el material utilizado, además se han conseguido unificar los criterios para que haya el mismo material, pese a su distinta morfología, en los cuatro carros de los que disponemos.

Por un lado, el personal de enfermería, ha conseguido tener más accesible y mejor dispuesto el material.

Por otro lado, se ha facilitado la labor de reposición por parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, quedando protocolizado el material que debe haber en cada carro y su disposición.

Además, gracias a los listados y los pósters realizados, se ha facilitado notablemente el desempeño del trabajo del personal no habitual de la unidad.

La participación del personal de nuestra unidad en el proyecto ha sido muy alta mostrando gran implicación. Se ha mejorado la calidad del trabajo del personal, y se ha aumentando la seguridad clínica en beneficio del paciente hospitalizado en nuestro servicio.

Uno de los aspectos que ha quedado pendiente, es que se planteó en un principio la posibilidad de sustituir los dos carros más antiguos y deteriorados por otros nuevos para que fueran todos iguales, lo cual hubiera facilitado el desarrollo de nuestro proyecto. No ha sido posible por falta de presupuesto económico, por lo que se ha realizado el mantenimiento oportuno de cada uno de ellos.

7. OBSERVACIONES.

Por motivos personales la persona que inicialmente era responsable del proyecto decide renunciar, pasando a ser responsable otro integrante del equipo de mejora, con conocimiento y aprobación del Supervisor de Enfermería.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/190 ===== ***

Nº de registro: 0190

Título
PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

Autores:
ROMERO PERULAN MARIA PILAR, ARRUGA PABLO MARIA ISABEL, BAQUEDANO CORTES CONSUELO, FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA, MAYORAL MORENO ISABEL NATALIA, RIVAS ANTOLIN MARIA CARMEN, FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA, JIMENEZ MILLAN VANESA

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: Profesionales de la planta de hospitalización de neumología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0190

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA POR LA ESTANDARIZACION DEL MATERIAL DE LOS CARROS DE CURAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA

Otro tipo Objetivos: Mejoría en la respuesta urgente

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

En nuestra Unidad de Neumología disponemos de cuatro carros de curas, dos de ellos de nueva adquisición y otros dos de características similares, bastante más antiguos.

Tras detectarse en algunas ocasiones la carencia de material en los carros ante situaciones de urgencia, se ha visto la necesidad de unificar criterios, a la hora de la reposición y organización de dichos carros.

Se considera que éste proyecto aumentará la calidad asistencial mejorando la práctica clínica diaria.

Además, la creación de listados de cada carro, facilitará el trabajo del personal de nueva incorporación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Estandarización del material del carro de curas en cuanto al contenido mínimo necesario y su disposición.
- Desarrollar un método de control que garantice la reposición efectiva por turno de los carros.

MÉTODO

- Todas las actividades serán puestas en común y reevaluadas periódicamente por el equipo de mejora.
- Se realizará una encuesta al personal acerca de la adecuada reposición de los carros, al inicio y a la finalización del proyecto.
- Presentación del proyecto a todos los integrantes de la unidad para su conocimiento y puesta en marcha.
- Elaboración de un póster para el cuarto de curas con el listado de material.
- Elaboración de una hoja de registro con check-list firmada por la técnico en cuidados auxiliares de enfermería en cada turno.

INDICADORES

- Aumento del grado de satisfacción del personal tras la estandarización de los carros.
- La evaluación se llevará a cabo mediante el análisis de la encuesta final.
- Grado de cumplimentación de la hoja de registro de las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería.

DURACIÓN

Duración de febrero de 2019 a diciembre de 2019:

- Febrero de 2019: comienzo con la constitución del equipo de trabajo. Se realizarán varias sesiones para su puesta en común y diseño del proyecto.
- Marzo de 2019: elaboración y entrega de encuesta al personal de la unidad. Responsables: Pilar Romero y Vanesa Jiménez.
- Abril de 2019:
 - realización hoja de registro de firmas. Responsable: María Carmen Rivas y Consuelo Baquedano.
 - realización póster. Responsable: María Elisa Fernando, María Isabel Arruga y Vanesa Jiménez.
 - realización listado de los carros. Responsables: Isabel Natalia Mayoral, Pilar Romero, María Gemma Fabuel.
- Mayo de 2019:
 - presentación y puesta en marcha del proyecto al resto de la unidad. Responsable: Pilar Romero.
- Diciembre de 2019:
 - entrega de encuesta al personal. Responsable: María Isabel Arruga.
 - análisis de la consecución de los objetivos marcados. Responsables: todos los componentes del equipo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0447

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PALOMA CLAVERIA MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAZARO SIERRA JAVIER
GRACIA PEREZ JUAN CARLOS
GARCIA CLEMENTE MARIA
ANADON GALICIA EVA
CARRETERO GARCIA JOSE ANGEL
BOLDOVA LOSCERTALES ANA
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se confeccionó un tríptico informativo en donde se aportaba información sobre el personal que realiza las broncoscopias, información sobre la prueba, su preparación para realizarla y también consejos para posibles efectos secundarios que pudiera tener el paciente una vez realizada la prueba. También aparece un breve consejo sobre la deshabitación tabáquica.

- Una vez que se confeccionó el tríptico se llevó a cabo una experiencia piloto con 10 pacientes para verificar su comprensión y presencia de errores.

Con el reporte de los pacientes confeccionamos el tríptico definitivo y lo repartimos a las consultas de neumología, oncología, hospital de día y en la planta de neumología. El personal de esas plantas lo debía entregar al paciente que se le va a realizar la broncoscopia.

- Se confecciona una encuesta de satisfacción para su entrega tras la realización de la broncoscopia. En dicha encuesta de satisfacción se cuestiona sobre la información recibida antes de la prueba y sobre la misma. El cuestionario se administró durante el mes de Abril, periodo en el que todavía no se entregaba el tríptico y, posteriormente, en el mes de Octubre. De esa forma pudimos comprobar el impacto que el tríptico tuvo sobre la satisfacción del paciente.

- La encuesta de satisfacción consiste en preguntas de respuesta múltiple y respuesta escala Likert a realizar una encuesta antes de la prueba y otra encuesta después de ella. Se realiza en hospital de día para pacientes ambulatorios y en planta a los pacientes ingresados y por el personal de enfermería que trabaja en dichos servicios.

- Los datos son almacenados en una hoja de Excel anotando los resultados de las encuestas que se les dan a los pacientes antes y después de la broncoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se recogieron un total de 62 encuestas, de las cuales 45 (72,6%) correspondieron a hombres y con una edad media para toda la muestra de 67,5 años (DT 11,6).

- En el mes de abril se recogieron 26 encuestas de las 27 broncoscopias realizadas. De las cuales 21 (77,7%) correspondieron a hombres y con una edad media de 70,4 años (DT 9,4).

- En el mes de octubre se recogieron 35 encuestas con el tríptico entregado de las 35 broncoscopias realizadas

- $(N^{\circ} \text{ pacientes con tríptico entregado} / N^{\circ} \text{ fbc realizadas (entregado el tríptico)} \times 100 \text{ (mayor del } 80\%) = 35/35 \times 100 = 100\%$). Sin embargo, tan sólo 14 pacientes recibieron el tríptico en la consulta por el médico que tenía que realizar la prueba: 14/35: 40%

- La satisfacción referida por los pacientes a los que se les había entregado el tríptico previo a la realización de la broncoscopia no mejoró significativamente (satisfacción medida por escala Likert 0 (peor) - 10 (mejor); en abril = 9 (DT 1,3); satisfacción octubre 9,4 (DT 1,4) estadísticamente significativa ($p < 0,05$) a favor del tríptico).

- Según las respuestas obtenidas en la encuesta realizada pudimos agrupar a los pacientes en función de cuando reconocían haber sido informados sobre la prueba:

o Previo a su realización (en la consulta en los pacientes encuestados sin haber entregado el tríptico (Abril) o a través del tríptico (Octubre))

o El mismo día de su realización (a través del personal que la va a realizar o a través del tríptico)

- Una de las preguntas cuestionaba el nivel de ansiedad ante la prueba. Cuando la información se realizaba verbalmente en la consulta, el nivel de ansiedad (puntuado en una escala Likert) fue inferior (3,5 (DT: 3,3) a aquellos que recibieron la información el mismo día de la prueba (5,6 (DT: 2,6) $p = 0,142$). Cuando la información se aportó a través del tríptico, no se apreciaron grandes diferencias entre ambos grupos (antes 4,3 (DT: 3,3) VS el mismo día 4,7 (DT: 3); $p = 0,731$).

- El grado de satisfacción con la información recibida también fue superior si la información se aportaba antes de la prueba (9,2 (DT: 1,2)) frente a realizarla el mismo día de la prueba (8,4 (DT: 1,1); $p = 0,135$). Si el medio utilizado para explicar la prueba fue el tríptico las diferencias fueron mucho menores (9,1 (DT:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0447

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

1,2) VS 9 (DT: 1,2); p=0,956).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El objetivo de este proyecto era entregar el tríptico en la consulta o la planta en el momento de su solicitud. Sin embargo, tan sólo se consiguió en 11 de los 35 pacientes. Este bajo índice de contestación junto con el bajo número de encuestas realizadas limita nuestros resultados. No obstante, aunque las diferencias no cumplen el criterio de significación estadística, muestran una tendencia que puede ser tenida en cuenta.
- Aportar información sobre la prueba realizada los días previos a su realización y por el médico que la prescribe reduce el nivel de ansiedad del paciente y aumenta sus conocimientos ante la broncoscopia.
- La entrega de la información en formato físico (tríptico), tanto previo a su realización como el mismo día de la fibrobroncoscopia mejora tanto la satisfacción como la ansiedad frente a la prueba.
- A la vista de estos resultados elaboramos las siguientes recomendaciones:
 - o Generalizar el uso de un tríptico con toda la información relativa a la realización de la broncoscopia.
 - o Para garantizar la administración del tríptico se plantean distintas opciones como son:
 - ? Que el paciente aporte directamente la solicitud de la prueba a la unidad de broncoscopias, momento en el que se entregue el tríptico.
 - ? El personal de enfermería de la unidad de broncoscopias verifique por vía telefónica la entrega del tríptico por parte de la enfermera que lleve al paciente ingresado.
 - ? El personal médico aporte el tríptico a la par que aporta los consentimientos informados de la prueba.
 - ? Remitir el tríptico en formato electrónico (en aquellos pacientes que dispongan del mismo).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/447 ===== ***

Nº de registro: 0447

Título
IMPLANTACION TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACION DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
CLAVERIA MARCO PALOMA, LAZARO SIERRA JAVIER, GRACIA PEREZ JUAN CARLOS, GARCIA CLEMENTE MARIA, ANADON GALICIA EVA, CARRETERO GARCIA JOSE ANGEL, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, BRUNA LAGUNAS 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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidades detectadas en la unidad: Hemos detectado que los pacientes vienen con un desconocimiento a cerca de la prueba que se les va a realizar.
Esta falta de información se detecta a la hora en que el paciente viene a realizarse la prueba a la Unidad de Neumología Intervencionista. El paciente acude nervioso y estresado, manifestando que no sabe para lo que viene, con muchas dudas incluso habiendo firmado consentimientos sin entender la prueba.
Para nosotros es importante conocer aspectos clave de la prueba para facilitarnos el trabajo y hacer la prueba mas tolerable al paciente. Es importante que el paciente conozca las fases de la prueba para que tenga menos ansiedad y le produzca menos stress.

Se persigue mejorar la calidad mediante la implantación del tríptico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0447

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN TRÍPTICO INFORMATIVO SOBRE LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la información del paciente que acude a realizarse la fibrobroncoscopia.
Aumentar la satisfacción del paciente.
Facilitar la realización de la prueba.
Los servicios a los que va dirigido son:
Neumología Hospitalización planta 2B.
Neumología Consultas Monográficas.
Neumología Grande Covián.
Oncología Médica.

MÉTODO

Se confeccionará el tríptico informativo por parte de los componentes del proyecto. Dicho tríptico aportará información sobre el personal de la unidad, la propia prueba, la fase pre y post - prueba. Además, se añadirá un breve consejo sobre deshabitación tabáquica.
Una vez confeccionado el tríptico se llevará a cabo una experiencia piloto con 10 pacientes a los que los miembros de la unidad entregaran un ejemplar para detectar errores.
Con el reporte de los pacientes, se elaborará el tríptico definitivo. Se repartirán copias del mismo tanto al personal médico de Neumología y Oncología como a las enfermeras asignadas a dichos servicios. Se fija el 1 de mayo como fecha para iniciar la entrega del Tríptico a pacientes.
En el año 2018 se realizaron 318 broncoscopias en nuestro centro. Dado que no todas ellas fueron programadas y que el 80% proceden de Neumología se harán 275 copias que se repartirán por los distintos servicios.
En el caso de los pacientes ingresados, que son avisados por parte de la enfermera de la unidad, se recordará en ese momento que se administre el tríptico.
Paralelamente a la realización del tríptico se confeccionará una encuesta de satisfacción, la cual se validará en los mismos pacientes en los que se validará el tríptico.
Dicha encuesta se administrará en el Hospital de Día, el mismo día de la prueba tras su finalización y previo al alta hospitalaria en el caso de pacientes ambulatorios. En los pacientes ingresados se les administrará en planta. La satisfacción se evaluará durante un periodo de tiempo sin haber entregado los trípticos y se comparará con otro periodo de tiempo similar ya con la implantación del tríptico instaurada. La encuesta de satisfacción consistirá en preguntas de respuesta múltiple y respuesta escala Likert.
Los datos serán almacenados en un excel anotando los resultados de las encuestas que se le darán a los pacientes antes y después de la realización de la broncoscopia.

INDICADORES

En los meses señalados se contabilizará:
Nº pacientes con tríptico entregado / nº fbc realizadas x 100 (mayor del 80%)
Satisfacción en pacientes sometidos a broncoscopia sin tríptico
Satisfacción en pacientes sometidos a broncoscopia con tríptico. (Se entenderá como mejoría una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) a favor del tríptico).

DURACIÓN

Marzo 2019: diseño del tríptico y la encuesta de satisfacción.
Abril 2019: se administrará la encuesta de satisfacción.
Mayo 2019: se distribuirá el tríptico informativo.
Septiembre de 2019: se administrará nuevamente la misma encuesta.
Octubre 2019: análisis de los datos y redacción de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0448

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS Y PLEURALES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JAVIER LAZARO SIERRA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ROYO VILLANOVA
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVERIA MARCO PALOMA
GRACIA PEREZ JUAN CARLOS
PEREZ GIMENEZ LAURA
BOLDOVA LOSCERTALES ANA
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL
ZUIL MARTIN MARCOS
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se llevaron a cabo las acciones indicadas en la memoria del proyecto (inclusión de los consentimientos informados de broncoscopia y sedación en el pdf del portal del sector 1, se recordó a los miembros de los distintos profesionales la obligatoriedad de firmar el consentimiento informado (CI) en el momento de la solicitud) a excepción de la sesión clínica (por encontrarse de baja laboral el ponente en el momento de su realización) y no se devolvieron los volantes que no estaban correctamente firmados. En la unidad, previo a la realización de cualquiera de las pruebas se verificaba que los consentimientos estuviesen debidamente firmados, de lo contrario se procedía a la entrega del consentimiento y firma tanto por paciente/familiar como por el médico que iba a realizar la prueba.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se pudo recoger información de un total de 284 broncoscopias con una edad media de 65,4 años (DT: 14,4) de los cuales 187 (65,8%) fueron hombres. El motivo de solicitud más frecuente fue la sospecha de una neoplasia en 154 casos (54,6%), seguido en 34 (12,1%) por el estudio de un proceso infeccioso. Dividimos las solicitudes en función del carácter de la prueba en: normal (227), preferente (46) y urgente (11). La demora de las primeras fue de 5,5 días (DT: 6,8), la de las segundas de 2,1 días (3,1) e inferior a 1 día en las urgentes.

El CI para la FBC (CIFBC) fue firmado con anterioridad en 139 (61,2%) de las pruebas solicitadas con carácter normal, en 26 (56,5%) de las preferentes y en 3 (27,3%) de las urgentes. El CI para la sedación (CISED) se firmó en 125 (55,1%) de las normales, 18 (39,1%) de las preferentes y en 3 (27,3%) de las urgentes.

Por servicios, el de neumología fue el que más veces envió el CIFBC correctamente rellenado en 138/220 (62,7%) el resto de servicios lo envió en 25/48 (52,1%). Finalmente las solicitudes procedentes de UCI-Urgencias lo habían rellenado en 5/16 ocasiones (31,2%). El CISED fue correctamente recibido en 128/220 (59%) del servicio de neumología, en 14/48 (29,2%) del resto de servicios y en 4/16 (25%) de UCI-Urgencias.

En cuanto a las técnicas pleurales se pudo recoger información de 202 técnicas pleurales de las cuales 151 (74,8%) fueron hombres, con una edad media de 68,9 años (DT: 18,5). El motivo de solicitud más frecuente fue el estudio de un derrame pleural (DP) con 137 solicitudes (74,1%). La demora en su realización fue de 2,3 días (DT 8,6) para las 159 solicitudes con carácter normal, 0,45 días (DT: 0,6) para las 20 solicitudes realizadas como preferente y 0 días para las 8 urgentes.

El CI para cualquier técnica pleural (CIPLE) fue firmado con anterioridad en tan sólo 19 ocasiones (11%), siendo en todas ellas procedentes del servicio de neumología y ninguna de otros servicios o del servicio de UCI-Urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En su conjunto la firma de los CI en neumología intervencionista, en especial en las técnicas pleurales, resulta deficitaria por parte del médico solicitante, derivando al médico realizador dicha tarea. Creemos que este es un problema ya que, aunque el CI siempre se firma por ambas partes, su lectura y comprensión plantean dudas más que evidentes (como se ha demostrado en el otro proyecto llevado a cabo en nuestra unidad).

Entendemos que las solicitudes urgentes y, en especial aquellas procedentes de la UCI con pacientes intubados, plantean un problema de difícil solución.

Por otro lado, la puesta en marcha de la interconsulta virtual hace que, en cada vez más ocasiones, los pacientes acudan a la realización de la prueba sin haber sido valorado por un neumólogo.

Se debería recordar desde la Dirección a los profesionales médicos la obligatoriedad de entregar el consentimiento informado al paciente y que lo traiga debidamente firmado en el momento de la prueba.

Dado que las citas se realizan telefónicamente se podría cuestionar sobre si le han entregado el CI y en caso negativo enviarlo telemáticamente.

Existe una discordancia entre las CIFBC y CISED. Dado que hoy en día todas las pruebas endoscópicas respiratorias se realizan bajo sedación ligera - moderada se debería realizar un nuevo consentimiento que aglutine la información de ambas técnicas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0448

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS Y PLEURALES

*** ===== Resumen del proyecto 2019/448 ===== ***

Nº de registro: 0448

Título
ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS Y PLEURALES

Autores:
LAZARO SIERRA JAVIER, CLAVERIA MARCO PALOMA, GRACIA PEREZ JUAN CARLOS, PEREZ JIMENEZ LAURA, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL, ZUIL MARTIN MARCOS, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El consentimiento informado es una parte fundamental de la realización de cualquier prueba. Dicho documento informa al paciente de la prueba a la que se va a someter, aportando el conocimiento suficiente sobre sus complicaciones y le permite tomar una decisión adecuada sobre su realización. Dicha decisión debe ser meditada por el paciente o sus familiares antes de otorgar al médico su consentimiento. Según la ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002) El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. En la misma Ley se ordena que el consentimiento informado debe conservarse en la historia clínica del paciente junto con el resto de documentación de la prueba en cuestión que lo ha motivado. Creemos que dicho consentimiento debe ser administrado con una antelación suficiente y firmada tanto por el médico prescriptor como por el paciente o sus familiares. Este hecho, más allá de las posibles consecuencias legales para el sistema sanitario y el médico responsable, representa un objetivo básico de calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el cumplimiento del consentimiento informado en técnicas broncoscópicas.
Conocer el cumplimiento del consentimiento informado para sedación en técnicas broncoscópicas.
Conocer el cumplimiento de los consentimientos informados en técnicas pleurales.

Se excluyen los pacientes sometidos a una broncoscopia urgente o bien aquellos cuya solicitud procede de una Interconsulta Virtual de Neumología.

Los servicios a los que va dirigido son:
Neumología Hospitalización planta 2B
Neumología Consultas Monográficas
Neumología Grande Covián
Oncología Médica
Medicina Interna

MÉTODO
Las solicitudes para la realización de las técnicas broncoscópicas y pleurales llegan a la unidad de Neumología Intervencionista para su programación. Se revisarán los pacientes sometidos a cualquiera de las dos técnicas entre Mayo y Octubre de 2018. Actividades a llevar a cabo para la mejora en su cumplimiento:
• En el mes de Marzo se confeccionará una carta dirigida tanto al profesional médico de los principales servicios solicitantes (Neumología, Medicina Interna y Oncología).
• Se incluirán los consentimientos informados de broncoscopia y sedación en el pdf del portal del sector 1 donde se encuentra la hoja de solicitud de esta prueba.
• Se realizará una sesión clínica sobre el consentimiento informado el Jueves 9 de Mayo.
• Manteniéndose la fecha de realización de la técnica, se devolverá el volante de solicitud al médico que la solicitó para que firme correctamente el consentimiento informado.
Para comparar los resultados de esta intervención se revisará el cumplimiento en el mismo periodo del 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0448

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS Y PLEURALES

INDICADORES

Definimos como un consentimiento informado correcto el que viene firmado tanto por médico como por paciente y/o familiar.

Se confeccionará una base de datos donde se incluirán las variables: fecha de realización, fecha de solicitud, fecha de firma del consentimiento, tipo de prueba (urgente, programada o virtual), tipo de técnica (broncoscopia, toracocentésis), consentimiento informado firmado (si/no)

- Número de Consentimientos Informados de Broncoscopia / Número de Broncoscopias realizadas (>90%)
- Número de Consentimientos Informados de Sedación / Número de Broncoscopias realizadas (>80%)
- Número de Consentimientos Informados de Toracocentésis / Número de Toracocentésis realizadas (>90%)
- Número de Consentimientos Informados de Broncoscopia Presentes en la Historia Clínica / Número de Broncoscopias realizadas (>90%)
- Número de Consentimientos Informados de Sedación Presentes en la Historia Clínica / Número de Broncoscopias realizadas (>80%)
- Número de Consentimientos Informados de Toracocentésis Presentes en la Historia Clínica / Número de Toracocentésis realizadas (>90%)

DURACIÓN

Como se ha mencionado previamente el proyecto comenzará con la revisión de las historias de las técnicas realizadas entre Mayo y Octubre de 2018.

Durante el mes de Marzo de 2018 se redactará la carta para enviar a médicos y supervisores. Se fija el lunes 1 de Abril como fecha para su envío.

Entre el 1 de Mayo y el 31 de Octubre de 2019 se recogerán en la misma base de datos el cumplimiento de los consentimientos informados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0485

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 03/01/2020

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.
CLAVERIA MARCO PALOMA
FERNANDEZ GAONA EVA
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE
LOPEZ ROMERO LIDIA
EGEA GONZALEZ RAQUEL
GRACIA PEREZ JUAN CARLOS
BLECUA PIÑEIRO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizada revisión bibliográfica según calendario, entre marzo y junio. Renovación de los procedimientos de Test de 6 minutos marcha, Espirometría simple y prueba broncodilatadora, Medición de la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO), entre septiembre y diciembre de 2019, pendiente de su difusión en la unidad y de su presentación para aprobación por parte de la Comisión de Cuidados de enfermería como Procedimientos. Renovado e implantado, desde septiembre de 2019, registro de limpieza y desinfección de material, tanto en bronoscopias como en pruebas funcionales respiratorias, tras establecer nuevos procedimientos de limpieza y desinfección del material: procedimiento de lavado de carcassas de inhaladores presurizados, actualización del procedimiento de lavado manual del fibrobronoscopio. Pendientes de presentación en sesión clínica. Quedan pendientes, además, la realización del procedimiento de realización de la prueba de provocación bronquial con Metacolina y el procedimientos de determinación de los volúmenes pulmonares. Toracocentesis y bronoscopias se abordan desde el grupo de intervencionismo respiratorio, por lo que no los tocamos en este proyecto.
Para realizar todo lo que nos queda pendiente, planificamos continuar este proyecto de mejora durante el año 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Está pendiente la presentación de los procedimientos terminados a la comisión correspondiente para su aprobación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario disponer de un tiempo de trabajo dedicado a la revisión bibliográfica y a la redacción de los procedimientos, que excede del que se puede dedicar en la jornada de trabajo ordinaria. La estandarización y el registro mejora la práctica diaria y reduce la variabilidad de los resultados de las pruebas realizadas. Se ha realizado un gran esfuerzo por parte del equipo y se han mejorado procesos, lo que redundará en una mayor seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/485 ===== ***

Nº de registro: 0485

Título
ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
CABESTRE GARCIA ROBERTO, CLAVERIA MARCO PALOMA, FERNANDEZ GAONA EVA, BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE, LOPEZ ROMERO LIDIA, EGEA GONZALEZ RAQUEL, GRACIA PEREZ JUAN CARLOS, BLECUA PIÑEIRO MARIA DOLORES

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 .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0485

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Necesidad de actualización de procedimientos desfasados o inexistentes en las Pruebas Funcionales de Neumología del Hospital Royo Villanova. Se hace necesaria una estandarización de estos procedimientos de cara a mejorar la calidad de asistencia a nuestros pacientes. La estandarización facilita, además, la formación de nuevo personal y la realización de sustituciones puntuales de estos puestos por parte de personal menos entrenado en estas técnicas.

RESULTADOS ESPERADOS

El tener unos procedimientos actualizados es un punto más de calidad dentro de los servicios en los que se realizan técnicas tan específicas como estas. Por otra parte, son procedimientos con unos consensos claramente definidos y establecidos por las sociedades científicas en sus manuales de procedimientos, que es necesario conocer y respetar para mejorar la calidad tanto de la asistencia, como de los resultados de las pruebas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica
Elaboración de los procedimientos
Realización de Sesión Clínica
Tramitación de la aprobación a Comité de Cuidados de Enfermería

INDICADORES

Presentación de los procedimientos a Comisión de cuidados

DURACIÓN

Entre marzo y agosto de 2019 revisión de la bibliografía y actualización de los procedimientos de: Espirometría, Prueba de Difusión, Test de 6min Marcha, Prueba de provocación con Metacolina, Volúmenes Pulmonares, Circuito de Limpieza de material (Broncoscopia y pruebas respiratorias), Toracocentesis, Broncoscopia...
Entre septiembre y noviembre de 2019 presentación de los procedimientos, mediante sesión clínica de unidad.
Solicitud de aprobación de los procedimientos a través de Comisión de Cuidados de Enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0486

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Fecha de entrada: 18/02/2020

2. RESPONSABLE LIDIA LOPEZ ROMERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ GAONA EVA
BOLDOVA LOSCERTALES ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implantado la consulta telefónica, comenzando con los miércoles con 6 pacientes y ha habido que incrementar a 2 pacientes más los viernes. En total unos 8 pacientes por semana.
Hay introducidos en programa unos 25 pacientes a los que se les hace seguimiento mensual (hay casos que requieren control semanal durante un tiempo) durante 7 meses, momento en el que pasan a trimestral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejora en el control de los síntomas de la enfermedad y, sobre todo, de los efectos adversos. Alta satisfacción de los usuarios con el servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario más tiempo para poder realizar una valoración más exhaustiva, este primer periodo ha sido bastante satisfactorio, tanto para el personal implicado en su desarrollo, como para los pacientes incluidos.
Seguramente se precisará aumentar el tiempo dedicado a esta patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/486 ===== ***

Nº de registro: 0486

Título
CONSULTA TELEFONICA DE ENFERMERIA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA

Autores:
LOPEZ ROMERO LIDIA, FERNANDEZ GAONA EVA, BOLDOVA LOSCERTALES ANA

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de la Unidad: seguimiento de pacientes con fibrosis pulmonar tras iniciar tratamiento con antifibróticos.

Partimos de que actualmente no existe ninguna actuación por parte de Enfermería hacia estos pacientes. Ante la implantación del tratamiento se pueden producir diferentes efectos secundarios que les haga acudir de nuevo a su médico de familia o inclusive a un Servicio de Urgencias. Estos tratamientos son agresivos y pueden empeorar la salud del paciente.

Se pretende, mediante el sistema de llamadas telefónicas, poder anticiparnos y controlar los efectos secundarios de ciertos tratamientos y así evitar utilizar otros recursos sanitarios más costosos y perjudiciales para el paciente y además si fuera necesario, hacer que estos pacientes sean vistos lo más rápidamente posible por su especialista.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0486

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera mejorar la relación paciente-enfermera con un mejor control de la enfermedad y su tratamiento procurando el bienestar físico y psíquico del paciente mediante actuaciones sobre nutrición, recomendaciones dietéticas y una correcta información.

La población diana serán pacientes que inician tratamiento con antifibróticos y se realizarán llamadas telefónicas desde el Servicio de Neumología de Consultas Externas del Hospital Royo Villanova.

MÉTODO

Dos horas de llamadas telefónicas los miércoles de 10 a 12 aproximadamente, se estima posible atender a 5 o 6 pacientes, ajustándolo más adelante según desarrollo y necesidades.

INDICADORES

Nº DE PACIENTES Y Nº DE CONSULTAS POR PACIENTE

DURACIÓN

Se iniciará los miércoles durante dos horas, empezando el mes de abril del 2019 y no se tiene previsto anularlo salvo efectos ineficaces.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0488

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD DE DESHABITUACION TABAQUICA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BRUNA LAGUNAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABESTRE GARCIA ROBERTO
BOLDOVA LOSCERTALES ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A pesar de tener elaborado el tríptico, se ha postpuesto su divulgación, para coincidir con el envío de una carta informativa a todo el personal del hospital sobre las futuras medidas a tomar si no se cumple la normativa vigente. (Ley 42/2010)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de valoración

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendientes de valoración

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/488 ===== ***

Nº de registro: 0488

Título
TRIPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD DE DESHABITUACION TABAQUICA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE, CABESTRE GARCIA ROBERTO, BOLDOVA LOSCERTALES ANA

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tabaco es uno de los mayores problemas de salud pública al que se ha tenido que enfrentar la humanidad.

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad y muerte evitable en nuestro país.

Ocasiona 50.000 muertes al año y representa 13% de muertes/año.

El hospital es un lugar idóneo para dejar de fumar, ya que el sujeto está alejado de situaciones y lugares que habitualmente asocia con el consumo. Además está acompañado de profesionales que le pueden ayudar a mantenerse sin fumar y en un ambiente donde priman las actividades saludables.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la captación de fumadores disonantes, aprovechando el momento propicio que supone el ingreso hospitalario.

- Dar a conocer la Unidad de Deshabituación Tabáquica (UDT), y favorecer la deshabituación de los pacientes ingresados que lo deseen, y que cumplan con los criterios de inclusión.

- Incidir en el personal trabajador y fumador del hospital, de la importancia y beneficio que supondría su deshabituación tabáquica.

MÉTODO

- Informar al personal sanitario de las formas de derivación de los pacientes, y criterios de inclusión de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0488

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE LA UNIDAD DE DESHABITUACION TABAQUICA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

los mismos.

- Repartir tríptico a los pacientes EPOC-fumadores al ingreso.
- Repartir tríptico al personal trabajador del hospital junto con su contrato.

INDICADORES

- N° de pacientes EPOC -fumadores hospitalizados vistos en UDT
- N° de trabajadores de hospital vistos en UDT

DURACIÓN

Mes Marzo /2019 elaboración del tríptico.

Mes de Abril y Mayo difusión en planta de neumología por parte del personal de enfermería junto a la realización de la hoja de valoración al ingreso.

Mayo: Charla informativa personal trabajador del H.R.V.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0499

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE MARCOS ZUIL MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROSELL ABOS MARIA TERESA
CLAVERIA MARCO PALOMA
BLASCO SATUE ALICIA
REMON GARIJO MARIA LOTO
MARQUEZ MEDINA DIEGO
FERNANDEZ GAONA EVA
PEREZ GIMENEZ LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. - Mayo-Diciembre 2019: Recopilación de actividades de Interconsulta Virtual con Servicios integrados en ella (Atención Primaria de Área Sanitaria):

- Total interconsultas virtuales: año 2019 (A19): 1828
- Interconsultas sobre posible Cáncer de Pulmón: 69 (3,77%)
- Tiempo estimado hasta primera llamada a telefónica a paciente: 1,9 días
- Estadificación diagnóstica:
 - o Falsos positivos o nódulos en seguimiento: 47 (68,1%)
 - o Estadio I-II: 9 (13,0%)
 - o Estadio III-IV: 13 (18,8%)
- Tiempo estimado de ahorro en primera fase de estadificación: 14+3 días
- Requerimientos no programados demandados por pacientes:
 - o Nueva llamada de teléfono: 11 (15.9%)
 - o Atención presencial: 7 (10,1%)

- Mayo-Diciembre 2019: Creación y desarrollo de protocolo de actuación, en coordinación con Servicios implicados, sobre pacientes remitidos vía Interconsulta Virtual con sospecha de posible Cáncer de Pulmón. Este protocolo ha sufrido las modificaciones, atendiendo a las necesidades objetivadas en los pacientes. La más llamativa, la necesidad de una consulta de presencia física programada añadida, a pesar de reconocer, por parte de los pacientes, el dinamismo y celeridad experimentados en el proceso de estadificación.

- Enero-Febrero 2020: Explicación de protocolo a profesionales implicados subsidiarios de Interconsulta Virtual (Atención Primaria). La información se ha difundido a los Facultativos de Salud, estableciéndose, en la actualidad un 92,7% de casos ya solicitados desde Atención Primaria, a través de este protocolo. A nivel Internacional se ha remitido parte del estudio al Congreso Europeo de Patología Respiratoria (Viena, ERS Congress 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Desarrollo de protocolo de actuación de pacientes remitidos Vía Interconsulta Virtual, en colaboración con Servicios implicados. Este hecho ha permitido desarrollar un protocolo, que también se está empezando a aplicar (con las modificaciones oportunas) a aquellos pacientes procedentes de otros Servicios que no pueden solicitar, en este momento, la Interconsulta, vía Virtual

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. La implementación del servicio de consulta electrónica en el proceso de estadificación del Cáncer de pulmón reduce los tiempos de espera para los pacientes y conduce a un ahorro general de costes, pero se deben planificar actividades o reuniones adicionales (información de salud para pacientes ambulatorios) debido a la alta demanda emocional de estos pacientes.

Por tanto, la atención no sólo debe de estar centrada en la gestión de los tiempos del caso tumoral (que el paciente agradece), sino, también, en la atención personal del paciente (que llega a demandar una consulta presencial añadida a la programada).

Recomendaciones: con las modificaciones establecidas, de acuerdo a los resultados obtenidos a lo largo del estudio, se recomienda potenciar la Vía de la Interconsulta Virtual para todos los pacientes afectos de patología tumoral, como sistema de primer acceso a la atención especializada, flexibilizando el protocolo, según el tipo de demanda solicitada por el paciente (petición de consulta añadida a la establecida) o la evolución clínica del caso.

7. OBSERVACIONES. Disponemos (formato PDF) del protocolo diseñado (formato figura) y copia de encabezado de comunicación remitida al Congreso Europeo de Patología Respiratoria

----- PROYECTO DE REFERENCIA ----- (Año 2019 N°Reg 499) -----

Nº de registro: 0499

Título
DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0499

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

Autores:

ZUIL MARTIN MARCOS, ROSELL ABOS MARIA TERESA, CLAVERIA MARCO PALOMA, BLASCO SATUE ALICIA, REMON GARIJO MARIA LOTO, MARQUEZ MEDINA DIEGO, FERNANDEZ GAONA EVA, PEREZ GIMENEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer de pulmón es el tumor más importante, como causa de muerte, en varones y mujeres, conjuntamente. Continúa siendo un problema de salud pública de primer orden. El presente y futuro de la actuación frente al cáncer de pulmón es el logro de un diagnóstico precoz. Sin embargo, una vez establecido el diagnóstico de sospecha, existe un elevado número de pruebas y consultas a las que el paciente debe de someterse hasta el inicio del tratamiento. Este periodo, sobre todo, en aquellos pacientes remitidos desde Atención Primaria, corre el riesgo de prolongarse en exceso por una coordinación deficiente entre Servicios, pero, también, por un solapamiento de solicitudes y consultas que genera periodos de tiempo excesivamente amplios. Ello suele producir un cuadro de gran incertidumbre en el paciente y su entorno, ya de por sí incrementado ante la sospecha de una posible neoplasia.

Al disponer nuestro Servicio de un sistema de Interconsulta Virtual con los Facultativos de Atención Primaria de nuestro Área, proponemos utilizar este sistema para reducir el tiempo de espera diagnóstica de aquellos pacientes con sospecha de cáncer de pulmón remitidos desde Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de un protocolo de actuación que reduzca la demora diagnóstica y de inicio de tratamiento, en pacientes con sospecha de cáncer de pulmón remitidos desde Atención Primaria, vía Interconsulta Virtual.

MÉTODO

Desde la recepción de la Interconsulta Virtual en la Unidad de Neumología, el paciente sería remitido directamente a la realización de las diferentes pruebas, para lograr el diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón, logrando reducir el número de pasos intermedios y de consultas a las que asistir. Las pruebas se coordinarían con el paciente o su entorno, vía telefónica, lográndose que sólo acudiera a la Consulta de Neumología, para ser informado del diagnóstico final, estadificación y opciones de tratamiento. Esta coordinación virtual también permitiría concertar con el paciente o su entorno, si así fuera necesario, cualquier entrevista, al margen del ritmo de petición de pruebas, para recibir información o resolver aquellas dudas que pudieran surgir a lo largo del proceso de diagnóstico.

Por tanto, no se pretende actuar sobre el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón, pero sí lograr una reducción en el tiempo de espera diagnóstica.

INDICADORES

Indicador principal: creación de un protocolo, entre diferentes Servicios, para la coordinación virtual, sin necesidad de citaciones en consultas tradicionales, de pruebas diagnósticas, desde la recepción de petición de Interconsulta Virtual, procedente de Atención Primaria, hasta la valoración final en el Comité de Tumores, generando un circuito diagnóstico más sencillo, eficiente y accesible.

DURACIÓN

Cronograma:

- Mayo 2019- diciembre 2019: desarrollo del protocolo y valoración de déficits y mejoras
- Enero-febrero 2020: Difusión en plataformas del Sector Sanitario

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0344

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 Geriatria
 - ? -Inicio con alteraciones conductuales y/o afectivas, citar en Psiquiatria
 - ? -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.: Geriatria
 - ? Epilepsia, ictus, S. rígido-acinético, etc.: Neurología
 - ? Depresión, alucinaciones/delirios, alt. conducta, etc.: Psiquiatria
- 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: Especialidad y 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 Geriátrica, Psiquiatría 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/Geriátrica/Psiquiatría).

- 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 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 - 2016/0995

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 - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ANA LATORRE JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ BENITO ALBA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
RIOS GOMEZ CONSUELO
CAMPELLO MORER ISABEL
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El bloqueo anestésico de nervio occipital (con o sin corticoide) es una técnica utilizada en el tratamiento de cefaleas como la cefalea en racimos, la cefalea cervicogénica o la neuralgia occipital. En el servicio de neurología del hospital Royo Villanova se realiza esta técnica desde febrero de 2017, junto con otras como la infiltración de toxina botulínica. Se ha creado un consentimiento específico para el bloqueo anestésico occipital, estando disponible tanto para personal de enfermería de la consulta monográfica de cefaleas como para el resto de facultativos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de los casos tratados con bloqueo anestésico del nervio occipital en la consulta monográfica de cefaleas, firmaron una copia del consentimiento informado previa lectura del mismo y consulta de dudas correspondientes a la técnica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las técnicas que supongan un riesgo para el paciente deben tener un consentimiento informado por escrito, comprensible por el paciente y rebocable en cualquier momento. En este caso, al ser una técnica de reciente aparición en nuestro servicio se ha realizado en el año 2018 este documento. Queda pendiente su aprobación por la comisión de Documentación Clínica del hospital Royo Villanova para que forme parte de la documentación del servicio de Neurología en Intranet del Sector I.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/615 ===== ***

Nº de registro: 0615

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Autores:
LATORRE JIMENEZ ANA, VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, RIOS GOMEZ CONSUELO, CAMPELLO MORER ISABEL, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en neurología. De hecho, la migraña afecta aproximadamente a un 12-15% de la población mientras que la cefalea tensional puede llegar hasta más del 40%. Existen múltiples alternativas terapéuticas a día de hoy que sin embargo no logran controlar a todos los pacientes, incluyendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

terapias más recientes como el uso de onabotulinumtoxinA.

Existen además otro tipo de cefaleas menos frecuentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia occipital que pese a afectar a menor número de pacientes suponen un gran impacto sobre ellos.

En todos estos grupos de cefaleas se han desarrollado estudios observacionales que apoyan el uso de la infiltración anestésica (o anestésica combinada con corticoide) del nervio occipital mayor o nervio de Arnold. La técnica más habitual utilizada es la infiltración de 2ml de anestésico local (lidocaína al 2% de elección) con o sin corticoide (metilprednisolona 80mg en una dilución de 2ml de suero fisiológico). Se localiza la zona mediante palpación de región habitual de localización del nervio occipital mayor, siempre mediante personal experto en esta técnica.

Los efectos secundarios más habituales son leves y transitorios (hematoma, dolor local, reacción vagal), siendo poco frecuente la aparición de efectos secundarios más severos (infección local).

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de un consentimiento informado sobre la técnica de infiltración del nervio occipital mayor en pacientes con cefalea (migraña episódica, migraña crónica, cefalea en racimos, neuralgia occipital).

MÉTODO

Incorporación de dicho consentimiento a los ya disponibles en Intranet del Sector I, en el apartado del servicio de Neurología.

Información al paciente sobre dicho consentimiento previo a la técnica, obteniendo una copia firmada que se incorporará a la historia física.

INDICADORES

Número de pacientes tratados con dicha técnica en el momento de finalizar el plazo de desarrollo del proyecto.

Número de consentimientos informados obtenidos hasta el momento de finalizar el plazo del proyecto.

DURACIÓN

Septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIU OCCIPITAL MAYOR

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ANA LATORRE JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ BENITO ALBA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
RIOS GOMEZ CONSUELO
CAMPELLO MORER ISABEL
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El bloqueo anestésico de nervio occipital (con o sin corticoide) es una técnica utilizada en el tratamiento de cefaleas como la cefalea en racimos, la cefalea cervicogénica o la neuralgia occipital. En el servicio de neurología del hospital Royo Villanova se realiza esta técnica desde febrero de 2017, junto con otras como la infiltración de toxina botulínica. Se ha creado un consentimiento específico para el bloqueo anestésico occipital, estando disponible tanto para personal de enfermería de la consulta monográfica de cefaleas como para el resto de facultativos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 100% de los casos tratados con bloqueo anestésico del nervio occipital en la consulta monográfica de cefaleas, firmaron una copia del consentimiento informado previa lectura del mismo y consulta de dudas correspondientes a la técnica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todas las técnicas que supongan un riesgo para el paciente deben tener un consentimiento informado por escrito, comprensible por el paciente y rebocable en cualquier momento. En este caso, al ser una técnica de reciente aparición en nuestro servicio se ha realizado en el año 2018 este documento. Queda pendiente su aprobación por la comisión de Documentación Clínica del hospital Royo Villanova para que forme parte de la documentación del servicio de Neurología en Intranet del Sector I.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/615 ===== ***

Nº de registro: 0615

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIU OCCIPITAL MAYOR

Autores:
LATORRE JIMENEZ ANA, VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, RIOS GOMEZ CONSUELO, CAMPELLO MORER ISABEL, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en neurología. De hecho, la migraña afecta aproximadamente a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

un 12-15% de la población mientras que la cefalea tensional puede llegar hasta más del 40%. Existen múltiples alternativas terapéuticas a día de hoy que sin embargo no logran controlar a todos los pacientes, incluyendo terapias más recientes como el uso de onabotulinumtoxinA. Existen además otro tipo de cefaleas menos frecuentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia occipital que pese a afectar a menor número de pacientes suponen un gran impacto sobre ellos. En todos estos grupos de cefaleas se han desarrollado estudios observacionales que apoyan el uso de la infiltración anestésica (o anestésica combinada con corticoide) del nervio occipital mayor o nervio de Arnold. La técnica más habitual utilizada es la infiltración de 2ml de anestésico local (lidocaína al 2% de elección) con o sin corticoide (metilprednisolona 80mg en una dilución de 2ml de suero fisiológico). Se localiza la zona mediante palpación de región habitual de localización del nervio occipital mayor, siempre mediante personal experto en esta técnica. Los efectos secundarios más habituales son leves y transitorios (hematoma, dolor local, reacción vagal), siendo poco frecuente la aparición de efectos secundarios más severos (infección local).

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de un consentimiento informado sobre la técnica de infiltración del nervio occipital mayor en pacientes con cefalea (migraña episódica, migraña crónica, cefalea en racimos, neuralgia occipital).

MÉTODO

Incorporación de dicho consentimiento a los ya disponibles en Intranet del Sector I, en el apartado del servicio de Neurología. Información al paciente sobre dicho consentimiento previo a la técnica, obteniendo una copia firmada que se incorporará a la historia física.

INDICADORES

Número de pacientes tratados con dicha técnica en el momento de finalizar el plazo de desarrollo del proyecto.
Número de consentimientos informados obtenidos hasta el momento de finalizar el plazo del proyecto.

DURACIÓN

Septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ANA LATORRE JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ BENITO ALBA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
RIOS GOMEZ CONSUELO
CAMPELLO MORER ISABEL
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El bloqueo anestésico de nervio occipital (con o sin corticoide) es una técnica utilizada en el tratamiento de cefaleas como la cefalea en racimos, la cefalea cervicogénica o la neuralgia occipital. En el servicio de neurología del hospital Royo Villanova se realiza esta técnica desde febrero de 2017, junto con otras como la infiltración de toxina botulínica. Se ha creado un consentimiento específico para el bloqueo anestésico occipital, estando disponible tanto para personal de enfermería de la consulta monográfica de cefaleas como para el resto de facultativos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 100% de los casos tratados con bloqueo anestésico del nervio occipital en la consulta monográfica de cefaleas, firmaron una copia del consentimiento informado previa lectura del mismo y consulta de dudas correspondientes a la técnica. El CI firmado se guardó dentro del historial del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todas las técnicas que supongan un riesgo para el paciente deben tener un consentimiento informado por escrito, comprensible por el paciente y rebocable en cualquier momento. En este caso, al ser una técnica de reciente aparición en nuestro servicio se ha realizado en el año 2018 este documento. Se ha aprobado ya este documento por parte de la Comisión de Documentación Clínica del hospital, para poder incorporarlo a Intranet del sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/615 ===== ***

Nº de registro: 0615

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Autores:
LATORRE JIMENEZ ANA, VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, RIOS GOMEZ CONSUELO, CAMPELLO MORER ISABEL, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en neurología. De hecho, la migraña afecta aproximadamente a un 12-15% de la población mientras que la cefalea tensional puede llegar hasta más del 40%. Existen múltiples

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

alternativas terapéuticas a día de hoy que sin embargo no logran controlar a todos los pacientes, incluyendo terapias más recientes como el uso de onabotulinumtoxinA. Existen además otro tipo de cefaleas menos frecuentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia occipital que pese a afectar a menor número de pacientes suponen un gran impacto sobre ellos. En todos estos grupos de cefaleas se han desarrollado estudios observacionales que apoyan el uso de la infiltración anestésica (o anestésica combinada con corticoide) del nervio occipital mayor o nervio de Arnold. La técnica más habitual utilizada es la infiltración de 2ml de anestésico local (lidocaína al 2% de elección) con o sin corticoide (metilprednisolona 80mg en una dilución de 2ml de suero fisiológico). Se localiza la zona mediante palpación de región habitual de localización del nervio occipital mayor, siempre mediante personal experto en esta técnica. Los efectos secundarios más habituales son leves y transitorios (hematoma, dolor local, reacción vagal), siendo poco frecuente la aparición de efectos secundarios más severos (infección local).

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de un consentimiento informado sobre la técnica de infiltración del nervio occipital mayor en pacientes con cefalea (migraña episódica, migraña crónica, cefalea en racimos, neuralgia occipital).

MÉTODO

Incorporación de dicho consentimiento a los ya disponibles en Intranet del Sector I, en el apartado del servicio de Neurología.

Información al paciente sobre dicho consentimiento previo a la técnica, obteniendo una copia firmada que se incorporará a la historia física.

INDICADORES

Número de pacientes tratados con dicha técnica en el momento de finalizar el plazo de desarrollo del proyecto.
Número de consentimientos informados obtenidos hasta el momento de finalizar el plazo del proyecto.

DURACIÓN

Septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LATORRE JIMENEZ ANA
CAMPELLO MORER ISABEL
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se describía en el proyecto, se ha añadido el protocolo de administración de Inmunoglobulinas como parte de las indicaciones de tratamientos en pacientes que reciben este tipo de fármacos. Este grupo de pacientes se dividen en dos tipos: 1) pacientes con ingresos programados, que reciben este tratamiento de forma periódica y se pauta desde consultas de neurología y 2) pacientes con ingresos urgentes que precisa ese tratamiento de forma más o menos inmediata.

Se imprimieron copias del protocolo descrito, estando a disposición del resto del equipo de neurología para adjuntarlas al tratamiento del paciente. Una vez ingresados, esta copia se añade a la gráfica de tratamiento habitual, para que el personal de enfermería pueda consultarlo en cualquier momento, sobre todo aspectos relacionados con la velocidad de administración de las IGS y los posibles efectos secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el servicio de neurología han ingresado a lo largo de 2018 pacientes procedentes de consulta de Neuromuscular con diagnóstico de "polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante" o " polineuropatía crónica inmunomediada", con una frecuencia de tratamiento variable (entre 3 y 6 meses dependiendo del caso) y pacientes con diagnóstico de "polirradiculoneuritis inflamatoria aguda", "miastenia gravis exacerbada" o "neuropatía motora multifocal" que han precisado un único ciclo de tratamiento con IGS.

En todos ellos se añadió una copia del protocolo de administración de IGS elaborado para este proyecto de mejora junto con el resto del tratamiento del paciente. Esto ha supuesto una mayor rapidez a la hora de elaborar los tratamientos desde consultas y que resulte más sencillo consultar las pautas de administración por parte de enfermería durante el ingreso del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Incluir protocolos de este tipo, específicos para un fármaco en concreto, reduce el tiempo que se dedica a la transcripción del tratamiento y simplifica la tarea para enfermería. Sería útil ampliar este tipo de protocolos a otros fármacos utilizados en neurología como la toxina botulínica, por lo que se planteará como proyecto de mejora en 2019.

Aunque queda disponible en la consulta de neurología y en los documentos online del servicio de neurología, queda pendiente incluirlo en Intranet del Sector I, mediante la comisión de Documentación del Clínica del Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.

Me gustaría saber cuándo se publican las resoluciones sobre estos proyectos de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/616 ===== ***

Nº de registro: 0616

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LATORRE JIMENEZ ANA, CAMPELLO MORER ISABEL, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las inmunoglobulinas humanas (IGs) son un tratamiento utilizado para inmunodeficiencias de anticuerpos y ciertos trastornos inmunes (hasta 35 enfermedades de origen autoinmune).
En el ámbito de la neurología se utilizan como tratamiento de procesos agudos como las polirradiculoneuritis agudas o las exacerbaciones de Miastenia Gravis así como para procesos crónicos como las polineuropatías de origen disimmune o la neuropatía motora multifocal (en estos casos se realiza con una periodicidad variable).
La pauta habitual es de 0'2gxKgxdía durante 5 días consecutivos. La velocidad de infusión parece estar relacionada de forma directa con la aparición de reacciones adversas leves-moderadas que pueden condicionar el abandono del tratamiento (cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión arterial sintomática). No obstante existen otros efectos secundarios relacionados más directamente con la naturaleza del tratamiento, que conviene conocer por parte del personal que atiende a estos pacientes (síndrome coronario, trombosis venosa profunda, meningitis aséptica).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un protocolo de administración de IGs iv en el servicio de neurología en el que se describa:
- Indicaciones más frecuentes
- Pauta de administración del fármaco
- Principales efectos secundarios (síntomas y signos de alerta)
Utilización de este protocolo tanto por parte del personal médico que indica el tratamiento como por personal de enfermería, que lo tendrá disponible para su consulta.

MÉTODO
Creación del protocolo en forma de documento accesible en Intranet del Sector I, apartado de Neurología.

INDICADORES
Incorporación de este documento a las órdenes de tratamiento en el caso de pacientes que precisen infusión de IGs iv.

DURACIÓN
Inicio en septiembre de 2018.
Finalización en septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LATORRE JIMENEZ ANA
CAMPELLO MORER ISABEL
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se describía en el proyecto, se ha añadido el protocolo de administración de Inmunoglobulinas como parte de las indicaciones de tratamientos en pacientes que reciben este tipo de fármacos. Este grupo de pacientes se dividen en dos tipos: 1) pacientes con ingresos programados, que reciben este tratamiento de forma periódica y se pauta desde consultas de neurología y 2) pacientes con ingresos urgentes que precisa ese tratamiento de forma más o menos inmediata. Se imprimieron copias del protocolo descrito, estando a disposición del resto del equipo de neurología para adjuntarlas al tratamiento del paciente. Una vez ingresados, esta copia se añade a la gráfica de tratamiento habitual, para que el personal de enfermería pueda consultarlo en cualquier momento, sobre todo aspectos relacionados con la velocidad de administración de las IGs y los posibles efectos secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el servicio de neurología han ingresado a lo largo de 2018 pacientes procedentes de consulta de Neuromuscular con diagnóstico de "polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante" o " polineuropatía crónica inmunomediada", con una frecuencia de tratamiento variable (entre 3 y 6 meses dependiendo del caso) y pacientes con diagnóstico de "polirradiculoneuritis inflamatoria aguda", "miastenia gravis exacerbada" o "neuropatía motora multifocal" que han precisado un único ciclo de tratamiento con IGs. En todos ellos se añadió una copia del protocolo de administración de IGs elaborado para este proyecto de mejora junto con el resto del tratamiento del paciente. Esto ha supuesto una mayor rapidez a la hora de elaborar los tratamientos desde consultas y que resulte más sencillo consultar las pautas de administración por parte de enfermería durante el ingreso del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Incluir protocolos de este tipo, específicos para un fármaco en concreto, reduce el tiempo que se dedica a la transcripción del tratamiento y simplifica la tarea para enfermería. Sería útil ampliar este tipo de protocolos a otros fármacos utilizados en neurología como la toxina botulínica, por lo que se planteará como proyecto de mejora en 2019. Aunque queda disponible en la consulta de neurología y en los documentos online del servicio de neurología, queda pendiente incluirlo en Intranet del Sector I, mediante la comisión de Documentación del Clínica del Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/616 ===== ***

Nº de registro: 0616

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LATORRE JIMENEZ ANA, CAMPELLO MORER ISABEL, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las inmunoglobulinas humanas (IGs) son un tratamiento utilizado para inmunodeficiencias de anticuerpos y ciertos trastornos inmunes (hasta 35 enfermedades de origen autoinmune). En el ámbito de la neurología se utilizan como tratamiento de procesos agudos como las polirradiculoneuritis agudas o las exacerbaciones de Miastenia Gravis así como para procesos crónicos como las polineuropatías de origen disímune o la neuropatía motora multifocal (en estos casos se realiza con una periodicidad variable). La pauta habitual es de 0'2gxKgxdía durante 5 días consecutivos. La velocidad de infusión parece estar relacionada de forma directa con la aparición de reacciones adversas leves-moderadas que pueden condicionar el abandono del tratamiento (cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión arterial sintomática). No obstante existen otros efectos secundarios relacionados más directamente con la naturaleza del tratamiento, que conviene conocer por parte del personal que atiende a estos pacientes (síndrome coronario, trombosis venosa profunda, meningitis aséptica).

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un protocolo de administración de IGs iv en el servicio de neurología en el que se describa:

- Indicaciones más frecuentes
- Pauta de administración del fármaco
- Principales efectos secundarios (síntomas y signos de alerta)

Utilización de este protocolo tanto por parte del personal médico que indica el tratamiento como por personal de enfermería, que lo tendrá disponible para su consulta.

MÉTODO

Creación del protocolo en forma de documento accesible en Intranet del Sector I, apartado de Neurología.

INDICADORES

Incorporación de este documento a las órdenes de tratamiento en el caso de pacientes que precisen infusión de IGs iv.

DURACIÓN

Inicio en septiembre de 2018.

Finalización en septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LATORRE JIMENEZ ANA
CAMPELLO MORER ISABEL
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se describía en el proyecto, se ha añadido el protocolo de administración de Inmunoglobulinas como parte de las indicaciones de tratamientos en pacientes que reciben este tipo de fármacos. Este grupo de pacientes se dividen en dos tipos: 1) pacientes con ingresos programados, que reciben este tratamiento de forma periódica y se pauta desde consultas de neurología y 2) pacientes con ingresos urgentes que precisa ese tratamiento de forma más o menos inmediata. Se imprimieron copias del protocolo descrito, estando a disposición del resto del equipo de neurología para adjuntarlas al tratamiento del paciente. Una vez ingresados, esta copia se añade a la gráfica de tratamiento habitual, para que el personal de enfermería pueda consultarlo en cualquier momento, sobre todo aspectos relacionados con la velocidad de administración de las IGS y los posibles efectos secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el servicio de neurología han ingresado a lo largo de 2018 pacientes procedentes de consulta de Neuromuscular con diagnóstico de "polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante" o " polineuropatía crónica inmunomediada", con una frecuencia de tratamiento variable (entre 3 y 6 meses dependiendo del caso) y pacientes con diagnóstico de "polirradiculoneuritis inflamatoria aguda", "miastenia gravis exacerbada" o "neuropatía motora multifocal" que han precisado un único ciclo de tratamiento con IGS. En todos ellos se añadió una copia del protocolo de administración de IGS elaborado para este proyecto de mejora junto con el resto del tratamiento del paciente. Esto ha supuesto una mayor rapidez a la hora de elaborar los tratamientos desde consultas y que resulte más sencillo consultar las pautas de administración por parte de enfermería durante el ingreso del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Incluir protocolos de este tipo, específicos para un fármaco en concreto, reduce el tiempo que se dedica a la transcripción del tratamiento y simplifica la tarea para enfermería. Sería útil ampliar este tipo de protocolos a otros fármacos utilizados en neurología como la toxina botulínica, por lo que se planteará como proyecto de mejora en 2019. Aunque queda disponible en la consulta de neurología y en los documentos online del servicio de neurología, queda pendiente incluirlo en Intranet del Sector I, mediante la comisión de Documentación del Clínica del Hospital Rojo Villanova.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/616 ===== ***

Nº de registro: 0616

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LATORRE JIMENEZ ANA, CAMPELLO MORER ISABEL, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las inmunoglobulinas humanas (IGs) son un tratamiento utilizado para inmunodeficiencias de anticuerpos y ciertos trastornos inmunes (hasta 35 enfermedades de origen autoinmune).
En el ámbito de la neurología se utilizan como tratamiento de procesos agudos como las polirradiculoneuritis agudas o las exacerbaciones de Miastenia Gravis así como para procesos crónicos como las polineuropatías de origen disímune o la neuropatía motora multifocal (en estos casos se realiza con una periodicidad variable).
La pauta habitual es de 0'2gxKgxdía durante 5 días consecutivos. La velocidad de infusión parece estar relacionada de forma directa con la aparición de reacciones adversas leves-moderadas que pueden condicionar el abandono del tratamiento (cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión arterial sintomática). No obstante existen otros efectos secundarios relacionados más directamente con la naturaleza del tratamiento, que conviene conocer por parte del personal que atiende a estos pacientes (síndrome coronario, trombosis venosa profunda, meningitis aséptica).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un protocolo de administración de IGs iv en el servicio de neurología en el que se describa:
- Indicaciones más frecuentes
- Pauta de administración del fármaco
- Principales efectos secundarios (síntomas y signos de alerta)
Utilización de este protocolo tanto por parte del personal médico que indica el tratamiento como por personal de enfermería, que lo tendrá disponible para su consulta.

MÉTODO
Creación del protocolo en forma de documento accesible en Intranet del Sector I, apartado de Neurología.

INDICADORES
Incorporación de este documento a las órdenes de tratamiento en el caso de pacientes que precisen infusión de IGs iv.

DURACIÓN
Inicio en septiembre de 2018.
Finalización en septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0071

1. TÍTULO

PROCOLO DE PUNCION LUMBAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATORRE JIMENEZ ANA MARIA
CAMPELLO MORER ISABEL
GIMENEZ MUÑOZ ALVARO
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre del año 2019 se realizó un documento en el que se incluían: la descripción de la técnica para realizar una punción lumbar; los materiales necesarios para ello; las indicaciones principales de esta técnica y las precauciones a seguir tanto antes como después de la misma.
Este documento ha sido revisado por el servicio de neurología, aunque como se explicó en la solicitud del proyecto, es una técnica que se lleva a cabo en otros servicios hospitalarios.
Además se ha adaptado al modelo establecido en nuestro sector para la elaboración de protocolos hospitalarios.
En el momento de redacción de esta memoria dicho protocolo (bajo el título de PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA) está pendiente de corrección por la Unidad de Calidad del Hospital Royo Villanova, con la intención de que pueda estar incluido en la Intranet del Sector I y así disponible para el resto de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de un documento que recoja las características técnicas e indicaciones principales de la punción lumbar.
Revisión de dicho documento por el servicio de neurología del Hospital Royo Villanova, siendo accesible para todos sus miembros.
Remisión de dicho documento a la Unidad de Calidad del Hospital Royo Villanova y a su vez solicitud de valoración por parte de la Comisión de Evaluación de Tecnología y de la Práctica Asistencial

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La redacción de un documento sobre las características técnicas e indicaciones de una prueba (en este caso la punción lumbar) simplifica la asistencia médica y reduce los posibles riesgos. Esto se consigue ya que se recogen de forma clara las principales indicaciones, el material utilizado y los cuidados necesarios a seguir tras la técnica.

7. OBSERVACIONES.

Queda pendiente que se añada a la documentación accesible en la sección de protocolos de la Intranet del Sector I

*** ===== Resumen del proyecto 2019/71 ===== ***

Nº de registro: 0071

Título
PROCOLO DE PUNCION LUMBAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, LATORRE JIMENEZ ANA MARIA, CAMPELLO MORER ISABEL, GIMENEZ MUÑOZ ALVARO, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

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

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0071

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PUNCION LUMBAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La punción lumbar es una técnica frecuente tanto en el ámbito de urgencias como a nivel hospitalario, que se realiza ante la sospecha de diversas enfermedades neurológicas (entre ellas infecciosas, inflamatorias, autoinmunes, infiltración de neoplasias hematológicas, aumento o descenso de presión intracraneal, sospecha de hemorragia subaracnoidea). Es llevada a cabo tanto por facultativos del servicio de urgencias como de otras especialidades médicas, siendo una técnica frecuente en el servicio de neurología. Se indica tanto en pacientes con ingresos urgentes como en pacientes atendidos en consultas externas.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un protocolo de punción lumbar, en el que se recojan las principales indicaciones de esta técnica, la descripción de la misma, el material necesario así como las contraindicaciones y principales riesgos asociados. Disposición tanto del servicio de neurología como de los demás servicios del hospital de este protocolo, para poder consultarlo cuando sea necesario.

MÉTODO

Redactar el protocolo de acuerdo a los indicadores del Servicio de Calidad del hospital Royo Villanova. Revisión del mismo por el Grupo de Calidad del servicio de neurología. Publicación de dicho protocolo en Intranet del Sector I para su difusión.

INDICADORES

Difusión del protocolo en el servicio de Neurología (tanto a nivel hospitalario como en consultas externas) Publicación de dicho protocolo en Intranet del Sector I para su difusión.

DURACIÓN

Finalización del documento antes de diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1164

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE RUBEN HERNANDEZ VIAN
· Profesión OPTOMETRISTA
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMANO ORTEGA PILAR
PARDIÑAS BARON NIEVES
CAMEO GRACIA BEATRIZ
FANLO ZARAZAGA ALVARO
LARROSA POVES JOSE MANUEL
PABLO JULVEZ LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el segundo semestre de 2018 se iniciaron los trabajos de inclusión de pacientes que permitieron el estudio de la evolución del tratamiento quirúrgico de la catarata, realizando las siguientes actividades:

- Preparación (Recursos: material y personas)
 - Comunicación y apoyo del personal para establecer de forma rutinaria la toma de agudeza visual (AV) de bajo contraste pre y post-quirúrgica (1 mes y tras la cirugía).
 - Recogida del cuestionario NEI VFQ-25 antes y después de la cirugía
- En enero de 2019 finalizó la recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el desarrollo de los 6 meses del proceso, se ha conseguido:

- Unificar criterios entre los distintos especialistas en oftalmología a la hora de incluir la paciente en la lista de espera para la cirugía de cataratas.
 - Implementar los criterios de derivación para la cirugía de cataratas, basados en una toma de decisiones más objetiva.
 - Evitar largos procesos de espera que puedan derivar en un riesgo oftalmológico y de la propia vida del paciente.
- En cuanto a los indicadores, se obtuvo la siguiente relación:
- AV de bajo contraste en pacientes diagnosticados de catarata: 0.22 (estándar: =0.25 decimal)
 - AV de bajo contraste tras cirugía de catarata: 0.76 (estándar: = 0.70 decimal)
 - Relación existente entre la calidad de vida del paciente y el estado visual asociado a la presencia de cataratas (valorado con cuestionario NEI VFQ-25): 0.48 (estándar = 0.50)
 - Relación existente entre la calidad de vida del paciente y el estado visual tras cirugía de cataratas: 0.74 (estándar = 0.70)
 - Porcentaje de pacientes diagnosticados de catarata que, sin cumplir criterios para su inclusión en la lista de espera quirúrgica, son sometidos a cirugía por presentar una AV de bajo contraste = 0.25: 91% (estándar: 95%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los criterios establecidos para la inclusión en lista de espera quirúrgica de cataratas tan solo atienden a niveles de AV en condiciones de alta iluminación y contraste, o a cualquier condición patológica subyacente. Sin embargo, la presencia de cataratas afecta considerablemente a las actividades que se llevan a cabo en condiciones de baja iluminación, mermando aún más la capacidad de dependencia de estos pacientes, dada su elevada edad. La puesta en marcha de este proyecto ha permitido unificar criterios a la hora de plantear la cirugía a los pacientes, sin necesidad de recurrir a criterios subjetivos ante determinados casos susceptibles de ser intervenidos.

La evaluación de los indicadores es muy positiva, ya que exponen claramente la influencia de la catarata en la función visual y en la calidad de vida. A pesar de no haber cumplido el estándar marcado para la inclusión en lista de los pacientes citados, el grado de cumplimiento fue elevado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1164 ===== ***

Nº de registro: 1164

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1164

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

Autores:
HERNANDEZ VIAN RUBEN, ROMANO ORTEGA PILAR, PARDIÑAS BARON NIEVES, CAMEO GRACIA BEATRIZ, FANLO ZARAZAGA ALVARO, LARROSA POVES JOSE MANUEL, PABLO JULVEZ LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica : Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos : Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La catarata es la principal causa de ceguera tratable en el mundo. Los principales síntomas que refieren los pacientes es una disminución de la agudeza visual, que es más marcada cuanto más importante es la opacidad cristaliniiana. Sin embargo, existen otros síntomas como es la presencia de halos o la disminución de la visión en condiciones de baja iluminación, debida a la reducción en la sensibilidad al contraste que presentan estos pacientes y que pueden limitar sus actividades diarias, pudiendo corregirse con la cirugía de facoemulsificación.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer como prueba diagnóstica que permita unificar criterios, la evaluación de la agudeza visual en condiciones de bajo contraste en aquellos pacientes que presenten cierto grado de discordancia entre la agudeza visual fotópica y la sintomatología asociada siempre que, dicha agudeza visual, sea superior al valor marcado como criterio de inclusión en la cirugía.

Por tanto, se plantea:

1. Determinar la agudeza visual en condiciones mesópicas y fotópicas pre y post quirúrgicas.
2. Evaluar si existen diferencias significativas entre la agudeza visual en condiciones fotópicas y mesópicas, antes y después de la cirugía.

MÉTODO

A partir de un estudio de cohortes prospectivo evaluaremos la agudeza visual bajo diferentes condiciones de iluminación y contraste de los pacientes que vayan a ser intervenidos de cataratas en las consultas pre y post-operatorias de la unidad ARCCA del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

-Criterios de Inclusión

- Pacientes adultos entre 18 y 90 años
- Catarata de más 2 grados en LOCS

-Criterios de exclusión

- Alteración corneal (Leucomas, guttas, cirugía refractiva previa, pterigium, ojo seco, queratitis...)
- Ojos con pronósticos visuales reservados como membranas epi-retinianas (MER), retinopatía diabética (RD), atrofiyas maculares o glaucomas severos en los que sutiles cambios refractivos no van a ser tan acusados por parte del paciente.

Se incluirán en el estudio, de manera secuencial, los pacientes que cumplan los criterios anteriormente nombrados. El tamaño muestral será el suficiente para el estudio de la evolución de la enfermedad, siendo no inferior a 100 sujetos.

Se determinará la agudeza visual de alto contraste (100%) pre y post-cirugía con la mejor compensación bajo condiciones de iluminación fotópica (120 cd/m²) y en condiciones de iluminación mesópica (0.8 cd/m²), previa incorporación de un filtro de densidad óptica neutra de transmitancia 13.7% que proporciona una luminancia al optotipo de 5 cd/m². Se utilizará el optotipo ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) que consta de 5 letras por línea y cada tres líneas se duplica el ángulo visual subtendido. Los resultados de agudeza visual (AV) se expresan tanto en escala decimal como en escala logarítmica, considerando la última fila de optotipos leída completamente y las letras leídas de la siguiente fila.

Los pacientes deberán completar el cuestionario NEI VFQ-25. Se trata de un cuestionario que consta de 25 preguntas y permite relacionar la calidad de vida del paciente con su estado visual.

INDICADORES

- a. Determinar si existen diferencias significativas entre la agudeza visual preoperatoria en condiciones fotópicas y mesópicas, que puedan justificar la inclusión en lista de espera de pacientes que, en buenas condiciones de iluminación, presenten agudezas visuales superiores a las marcadas en los protocolos de inclusión, pero cuyas actividades en condiciones escotópicas pueden verse afectadas por la presencia de cataratas.
- b. Evaluar las diferencias existentes entre la agudeza visual en condiciones de iluminación mesópicas y en condiciones fotópicas antes y después de la cirugía de cataratas.
- c. Determinar la relación existente entre la calidad de vida del paciente y el estado visual asociado a la presencia de cataratas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1164

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

DURACIÓN

El periodo de reclutamiento se extenderá desde Junio de 2018 a Marzo de 2019.
El proyecto finalizará en Junio de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 numero 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 - 2018/0322

1. TÍTULO

INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ANA HERRERO EGEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha hablado con el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Nuestra Señora de Gracia la posibilidad de informatizar perfiles analíticos en Otorrinolaringología. Con el fin de que cuando llegue un paciente con una determinada patología y sea necesaria una analítica con determinadas parámetros, los médicos pongamos el nombre del perfil en el volante de analítica y en el ordenador salgan todos los parámetros que contiene ese perfil. Actualmente no se puede llevar a cabo porque el número de perfiles que pueden informatizar en el laboratorio es escaso. Así que la solución es hacer un volante con los parámetros que queremos pedir, dependiendo de la patología, y utilizarlo como plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado es una plantilla, formato papel, en la que están marcados los parámetros que tenemos que pedir en determinadas patologías otorrinolaringológicas, como la sordera brusca y la amigdalitis de repetición. Este proyecto no se va a poder realizar como se planteo en principio porque el número de perfiles informatizados es escaso en el Servicio de Análisis Clínicos y los reservan para patologías más comunes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En ocasiones hay que modificar los proyectos de mejora, dependiendo de la posibilidad de su realización. Es posible una adaptación del proyecto, que aunque no cumpla el objetivo principal del proyecto, puede mejorar nuestra asistencia clínica, que es nuestro propósito.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/322 ===== ***

Nº de registro: 0322

Título
INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Autores:
HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

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: Sordera brusca. Amigdalitis de repetición.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una vez hecho el diagnóstico clínico de sordera súbita, antes de comenzar el tratamiento, se solicitará una batería analítica.
En pacientes con amigdalitis de repetición, también pedimos analítica de sangre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0322

1. TÍTULO

INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Hasta ahora se marcaban los parámetros requeridos individualmente.
Si realizamos perfiles analíticos de cada una de esas patologías, optimizaríamos el tiempo de nuestra consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Coordinarnos con el servicio de Análisis clínicos para que cuando en el volante de analítica se pida el perfil de sordera brusca o el de amigdalitis de repetición, tengan codificado en el laboratorio todos los parámetros analíticos que incluyen cada uno de esos perfiles.

MÉTODO

Realizar perfiles analíticos de cada patología, uno para sordera brusca y otro para amigdalitis de repetición. Coordinarnos con el servicio de Análisis Clínicos para que cuando reciban el volante con perfil de sordera brusca, tengan informatizados los parámetros que queremos analizar. Así mismo, con el perfil de amigdalitis de repetición.

INDICADORES

- 1-Nº analíticas alteradas en pacientes con sordera brusca / Nº analíticas pedidas en pacientes con sordera brusca
- 2-Nº analíticas alteradas en pacientes con amigdalitis de repetición / Nº analíticas pedidas en pacientes con amigdalitis de repetición
- 3-Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros individualizados
- 4-Tiempo invertido en pedir analítica mediante perfiles automatizados

DURACIÓN

Reuniones organizativas: abril-mayo 2018
Creación de perfiles analíticos: junio 2018
Puesta en marcha de perfiles automatizados: julio-diciembre 2018
Evaluación indicadores: enero 2019
Redacción de resultados: febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0523

1. TÍTULO

ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE NAYA GALVEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
HERRERO EGEA ANA
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Algunos miembros del equipo de Otorrinolaringología del Sector I hemos ido a Congresos del Síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS), a cursos, hemos leído guías de práctica clínica en esta patología. Gracias a esta información se ha elaborado una ficha de exploración de la vía aérea superior en pacientes diagnosticados de SAHS. En este documento tenemos los lugares de obstrucción de la vía aérea superior en esta patología y el grado de colapso de cada nivel. También existe una Unidad del Sueño en el Sector I multidisciplinaria, formada por otorrinolaringólogos, neumólogos, neurólogos y endocrinólogos, que se encargan de valorar protocolos de actuación en estos pacientes y el abordaje diagnóstico y terapéutico de casos clínicos complejos con esta enfermedad. Se ha realizado una sesión clínica al resto de otorrinolaringólogos del Sector I para explicar la ficha elaborada sobre el diagnóstico de los niveles de obstrucción de la vía aérea superior en pacientes con SAHS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A principios del año 2018 se estableció un protocolo de actuación en la Unidad del Sueño del Sector I. Todo paciente diagnosticado de SAHS, habitualmente por neumología o neurología, debía de ser derivado a la consulta de Otorrinolaringología para explorar la vía aérea superior y descartar que hubiera alguna patología concomitante o alguna obstrucción de las estructuras anatómicas subsidiaria de cirugía. La cirugía se indica en pacientes con SAHS no subsidiarios de CPAP o en pacientes tratados con CPAP mal tolerado. Al disponer todos los otorrinolaringólogos del Servicio de una ficha de exploración en esta patología, valoramos las mismas estructuras anatómicas en cada paciente con SAHS y el grado de obstrucción de esa vía aérea superior. De este modo, evitamos que alguien pueda dejarse algún aspecto importante por explorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valorar positivamente la elaboración de una ficha en la exploración diagnóstica del paciente con SAHS. Permite una mayor eficiencia en la consulta, ya que al tener delante que lugares de obstrucción tenemos que explorar, ahorramos tiempo en este proceso. La mayor ventaja es que al medir las mismas estructuras, con los mismos criterios de obstrucción, disminuye la variabilidad diagnóstica en la exploración de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/523 ===== ***

Nº de registro: 0523

Título
ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

Autores:
NAYA GALVEZ MARIA JOSE, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, HERRERO EGEA ANA, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

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: Trastornos respiratorios del sueño

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0523

1. TÍTULO

ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El síndrome de apnea hipopnea del sueño es una enfermedad prevalente. Se ha formado un Unidad de transtornos del sueño en el Sector I. Todos los pacientes con síndrome de apnea hipopnea son valorados por Otorrinolaringología para ver si existen alteraciones en su vía aérea superior.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de una ficha de exploración física en el paciente con síndrome de apnea hipopnea del sueño. En esa exploración valoraremos los lugares de obstrucción de la vía aérea superior, para que todos los otorrinolaringólogos sigamos los mismos criterios en la exploración de estos pacientes y disminuya la variabilidad clínica.

MÉTODO
Creación de una ficha de exploración física.
Hacer una sesión para explicar los aspectos de la exploración física a tener en cuenta al resto de miembros del equipo.
Explorar a todos los pacientes con síndrome de apnea hipopnea del sueño en base a esa ficha.

INDICADORES
Nº pacientes explorados con SAHS utilizando la ficha/nº pacientes explorados con SAHS

DURACIÓN
Realizar ficha de exploración física: mayo-junio 2018
Explicación de la ficha: junio 2018
Explorar a todos los pacientes con SAHS mediante la ficha: julio a diciembre 2018
Resultados y análisis de indicadores: enero-febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0779

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ANA HERRERO EGEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado reuniones informativas entre los diferentes otorrinolaringólogos que forman el servicio del Sector I, aportando información actualizada de las directrices en el diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca. Hemos acudido a sesiones informativas de otros especialistas otorrinolaringólogos, en las que ha habido debate sobre las estrategias de actuación y se ha llegado a un consenso en el protocolo de actuación ante esta patología, siempre basándonos en la evidencia científica publicada hasta el momento actual.

Se ha elaborado un consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca, para que todos los otorrinolaringólogos de nuestro Sector puedan consultarlo y seguirlo, para que nuestra actuación ante la misma patología sea la misma.

Se ha llevado a cabo un perfil analítico para esta enfermedad. Incluye bioquímica elemental, fibrinógeno, hemograma, anticuerpos antinucleares, velocidad de sedimentación globular, serología para sífilis e inmunofenotipo. De esta forma, cuando en la consulta tenemos un paciente con sordera brusca, en lugar de ir rellenando la analítica parámetro por parámetro, tenemos una plantilla de "Perfil de sordera brusca". Se recomienda realizar resonancia magnética cerebral en todos los casos de sordera súbita. Es aconsejable hacerla en los primeros 15 días después del diagnóstico. Su importancia radica en descartar una causa definida de la sordera brusca y en contribuir a aclarar una patogenia subyacente de esta entidad. Ante la imposibilidad de este precepto, se realizará lo más preferente que pueda asumir el Servicio de Radiología.

El tratamiento recomendado para la sordera brusca son los corticoides a todos los pacientes diagnosticados de sordera brusca en los primeros 45 días tras el inicio del episodio. Se recomienda el uso de oxígeno hiperbárico si el tratamiento primario de corticoides orales o intratimpánicos fracasa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al haber sistematizado el perfil analítico que pedimos en un paciente con sordera brusca, minimizamos el tiempo en este paso y evitamos que se nos olvide pedir algún parámetro.

La disposición de un consenso en la actuación de la sordera brusca, permite a todos los especialistas otorrinolaringólogos que ven en la consulta esta entidad tener las pautas para pedir las pruebas pertinentes y efectuar el tratamiento más efectivo. Con ello, conseguimos disminuir la variabilidad clínica.

Otro resultado alcanzado es promover sesiones monográficas a cerca de una patología, tras el estudio de sus actualizaciones y puesta en común para el debate, con la obtención de un consenso entre todos los especialistas otorrinolaringólogos.

Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes, porque no siempre se recupera la audición en esta patología. Pero si el paciente ve que sigues un protocolo de actuación, se evitan problemas médico legales que puedan surgir. El resultado principal es mejorar nuestra práctica clínica para que el paciente quede satisfecho tras finalizar el proceso de su enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El número de pacientes con sordera brusca vistos en las consultas de Otorrinolaringología de nuestro sector es pequeño. Ante la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz, debido a que la probabilidad de mejorar la audición es mayor cuanto antes se inicie el tratamiento, se debe insistir en la divulgación y transmisión de los síntomas clínicos y una exploración básica con otoscopia y acumetría a Atención Primaria o en los servicios de Urgencias para que nos deriven a estos pacientes de forma urgente. Así ningún paciente se demorará en el inicio del tratamiento.

Se valora positivamente la elaboración de este consenso en el diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/779 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0779

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA

Nº de registro: 0779

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA

Autores:
HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sordera brusca es una pérdida súbita de la audición. Por lo general ocurre en un solo oído y es una hipoacusia neurosensorial. La sordera súbita es una emergencia médica, el diagnóstico precoz permite instaurar el tratamiento lo antes posible. La posibilidad de recuperación de la audición es mayor si la pérdida de audición se trata a tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
Poner en común el protocolo entre diferentes servicios de Otorrinolaringología de la Comunidad Autónoma de Aragón, discutirlo y que todos los otorrinolaringólogos de nuestro Servicio sigamos el protocolo en el manejo de esta patología.
Informatizar el perfil analítico de la sordera brusca. Coordinarnos con el servicio de Análisis clínicos para que cuando en el volante de analítica se pida el perfil de sordera brusca, esté codificado en el laboratorio todos los parámetros analíticos que incluye este perfil.

MÉTODO
Realizar una reunión con otros Servicios de Otorrinolaringología y aportar lo que se está haciendo en el manejo de esta patología en la actualidad, comentar las novedades a cerca del tema y definir un protocolo de actuación en común.
Efectuar un perfil analítico para sordera brusca. Organizar con el servicio de Análisis Clínicos un perfil de sordera brusca. Con el fin de que cuando se reciba el volante en el laboratorio, esté informatizado con todos los parámetros que queremos analizar.

INDICADORES
1- Nº analíticas alteradas en pacientes con sordera brusca / Nº analíticas pedidas en pacientes con sordera brusca
2- Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros individualizados/ Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros automatizados

DURACIÓN
Creación del perfil analítico: junio 2018
Reunión de Otorrinolaringólogos: septiembre 2018
Puesta en marcha: a partir de septiembre 2018
Evaluación de indicadores: enero 2019
Redacción de resultados: enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0855

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN LABARTA VIÑALES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO EGEA ANA
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han elaborado los criterios de semiología de los síntomas, como el grado de ocupación de los pólipos en las fosas nasales. Se complementa con la ocupación de los senos paranasales que nos proporciona la tomografía computarizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estamos elaborando el protocolo de actuación en la poliposis nasal, pendiente de su consenso y finalización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La poliposis nasal es cada vez más frecuente debido a la alta incidencia de rinitis alérgica en la población. Es conveniente unificar criterios en el diagnóstico y tratamiento y manejo de la poliposis nasal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/855 ===== ***

Nº de registro: 0855

Título
PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

Autores:
LABARTA VIÑALES CARMEN, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, HERRERO EGEA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La poliposis nasosinusal es una patología frecuente en pacientes con rinitis, de carácter crónico y que precisa un diagnóstico precoz, un manejo médico adecuado e indicación precisa de tratamiento quirúrgico. Esta patología absorbe gran cantidad de recursos sanitarios, por lo que conviene unificar criterios para su manejo

RESULTADOS ESPERADOS

Consensuar un protocolo unificado de actuación para todos los facultativos especialistas del Sector I, dirigido a todos los pacientes asignados de nuestro Sector con Poliposis Nasal
- Procedimientos diagnósticos y exploraciones complementarias a solicitar
- Pautas de tratamiento médico
- Indicaciones quirúrgicas
- Manejo pre y postoperatorio del paciente tributario de Cirugía Endoscópica Nasal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0855

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

- MÉTODO
- Planificar sesiones clínicas entre los miembros del Servicio para unificar criterios de actuación.
 - Realizar búsquedas bibliográficas y de literatura científica sobre esta patología
 - Fomentar la participación de miembros del Servicio en Cursos y Congresos.
 - Realizar sesiones con Servicios de ORL de diferentes Sectores Sanitarios

INDICADORES
Revisión de Historias clínicas de pacientes controlados en Nuestro Servicio para analizar el correcto cumplimiento del protocolo establecido

DURACIÓN

- Fecha prevista para formalizar el protocolo: ultimo trimestre de 2018
- Implantación del protocolo: primer trimestre de 2019.
- Valoración de resultados: ultimo trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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 CONTENCIÓN 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 - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/02/2019

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.
BERNAD POLO JUAN MANUEL
CHENLO TOUCEDA SILVIA
ESPI BERNAL MARIA ANGELES
LOZANO SORIANO MARIA ISABEL
ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN
RUIZ OLIVARES ELISA
SARASA CLAVER MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han mantenido reuniones a lo largo del 2018 e intercambios de documentos y borradores por parte del equipo del proyecto para realizar el Documento que se adjunta. El cronograma inicial tiene previsto a lo largo del primer trimestre exponer el programa a los equipos de Urgencias y Psiquiatría e iniciar en Abril su puesta en marcha de forma piloto para evaluar las dificultades prácticas. La exposición a los equipos se realizará a lo largo del mes de Marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado el siguiente documento:

Introducción.

La puesta en marcha del grupo de incidentes críticos en la UCE de Psiquiatría ha evidenciado un conjunto de situaciones relacionadas con la atención a los pacientes con patología psiquiátrica en el Servicio de Urgencias y su traslado hasta la planta de Psiquiatría en los que no se ha dado la coordinación y fluidez que sería deseable originando retrasos en la asistencia, riesgos para el paciente (y a veces para el personal) o pérdida de información. Son muchas las causas a las que se pueden atribuir estas incidencias, pero una de las principales procede de la variabilidad en los procedimientos del personal, agravado con los cambios de plantilla. Como consecuencia se planteó la necesidad de protocolizar los procedimientos desde que entra el paciente por el Servicio de Urgencias hasta que existe un plan disposicional de alta o ingreso. Creemos que esto mejorará la atención de los pacientes, incrementará su seguridad y permitirá una atención más fluida, disminuyendo riesgos y tiempos de espera

Los objetivos con los que se desarrolla este protocolo son:

- Disminuir los tiempos de espera del paciente identificado como psiquiátrico en urgencias
- Disminuir los riesgos de fuga
- Disminuir los riesgos de auto/heteroagresividad
- Disminuir el riesgo de atención demorada a intoxicaciones medicamentosas

ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CLINICA PSIQUIATRICA EN URGENCIAS.

La presencia de patología psiquiátrica en el paciente que acude a Urgencias no debe ser un factor discriminador en el tipo de atención recibida, por lo que el acercamiento y la actuación diagnóstica, así como la terapéutica deberían ser las mismas exista o no patología psiquiátrica.

Cuando el paciente es recibido en el servicio de urgencias, la toma de decisiones basará en distintos determinantes. :

El origen de la demanda (el propio paciente, la familia, testigos ocasionales, MAP, Unidad de salud mental, juez, fuerzas de seguridad...)

Las características de la misma (Voluntaria, involuntaria, se encuentra solo o acompañado)

Estado del paciente. (colaborador, inquieto, irritable, agitado, agresivo, en riesgo suicida o incluso en riesgo vital)

Ubicación del paciente.

Los pacientes colaboradores y que acuden tranquilos y por voluntad propia, pueden ser ubicados en la sala de espera general.

Los pacientes que acuden de modo involuntario pero no agitados deberían estar en una sala de espera diferenciada a ser posible junto al triaje y requerirán la presencia del personal de seguridad.

Los pacientes agitados o aquellos que acudan con gestos suicidas serán ubicados en la zona de boxes.

Los pacientes con riesgo vital serán ubicados en la zona de boxes/ zona vital.

Orden de prioridad

Los pacientes que acudan tranquilos y por propia voluntad serán atendidos en el momento en que les corresponda según triaje.

Los pacientes que acudan de forma involuntaria, o que sean remitidos por orden judicial, o aquellos que se muestren intranquilos o agresivos, se avisará desde triaje al médico responsable del servicio de urgencias,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

para que en la medida de lo posible los atienda de forma prioritaria, acortando la espera. Los pacientes agitados serán atendidos prioritariamente, adoptando las medidas de contención que se consideren oportunas. La agitación supone una urgencia médica. Los pacientes con riesgo vital serán atendidos como todo paciente vital. Los pacientes derivados para ingreso hospitalario desde otros centros hospitalarios, CSM o EAP serán atendidos por el psiquiatra de guardia.

Evaluación

Los pacientes psiquiátricos serán atendidos inicialmente por los médicos de urgencia para realizar una valoración global del caso que incluya una breve historia clínica, con una evaluación psiquiátrica básica (orientación, tempeo espacial, grado de colaboración, estado de ánimo, valoración de si existen ideas autolíticas, riesgo de heteroagresividad...) y si el cuadro puede deberse a una patología orgánica o tiene elementos paralelos somáticos que requieran atención. Se puede realizar Si precisan medidas terapéuticas o de contención iniciales, se llevará a cabo la interconsulta con el psiquiatra.

Valoración de riesgos

Uno de los aspectos específicos de la evaluación es el del riesgo de auto o heteroagresividad siempre haciendo primar la seguridad de los pacientes y el personal. La primera medida en estos casos es solicitar la presencia de seguridad o de las FOP precisas.

Se avisará a Psiquiatría haciendo constar en el aviso que se trata de un paciente agitado a lo que el psiquiatra de guardia se compromete a dar preferencia, pero será igual de precisa la valoración por parte del médico del servicio de urgencias en los términos establecidos anteriormente

Riesgo de fuga

Un elemento fundamental en la valoración inicial es el riesgo de fuga. La fuga de un paciente del Servicio de Urgencias debe considerarse una contingencia a atender en:

los casos en los que haya acudido de forma involuntaria (con 061, FOP o familiares)

Los casos en los que la sintomatología psicótica o la desorganización conducta hagan prever que el paciente salga del box

En caso de que haya familiares acompañando y el paciente tolere su presencia se les permitirá permanecer con él o ella. Se intentará crear un clima de confianza y buscar un acuerdo con el paciente. Si es necesario serán ubicados en un lugar tranquilo dentro de las posibilidades y serán vigilados discretamente por un celador además de la presencia del personal de seguridad.

En caso de que no haya familiares, no tengan la capacidad contenedora requerida o el paciente no tolere su presencia será el personal de seguridad quien controle este riesgo hasta que la valoración psiquiátrica permita determinar la medida a tomar

Se solicitará intervención del psiquiatra.

AVISO A PSIQUIATRIA

Será el médico que ha realizado la primera evaluación el encargado de avisar al Psiquiatra de Guardia para informarle. En esta información se debe hacer constar la urgencia y gravedad del caso así como un breve resumen de sus características clínicas. El Psiquiatra de Guardia debe avanzar una previsión del tiempo que tardará en acudir.

INTERVENCION TERAPEUTICA

La intervención psiquiátrica en urgencias debe conjugar diversas características como ser lo más rápida posible y tener la duración necesaria garantizando la seguridad del paciente, del resto de pacientes y familiares en el Servicio de urgencias y profesionales. Por ello el lugar en el que debe de llevar a cabo debe ser tranquilo, operativo, de fácil acceso y evacuación y seguro. En nuestro hospital dichas características se reúnen en el box 11, destinado por ello a ser el lugar en el que realizan las intervenciones psiquiátricas. Dado que en el proceso hay elementos diagnósticos y terapéuticos, mientras se esté actuando en ellos (entrevista, administración de tratamiento con posible periodo posterior de valoración no prolongado, contención mecánica,...), dicha estancia permanecerá ocupada. La aparición de otra urgencia psiquiátrica llevará a valorar la prioridad entre ellas y a tomar decisiones que incluyen el lugar de llevar a cabo la atención.

El Psiquiatra de Guardia al realizar la intervención terapéutica puede requerir del Servicio de Urgencias:

La administración de Fármacos. Una parte extendida de este protocolo deberá incluir un listado de los fármacos más frecuentes de uso en Urgencias y que nunca deben de faltar

La valoración somática que se solicitará al médico que inició la asistencia

La colaboración en las medidas necesarias para garantizar la seguridad (supervisión, contención, etc) junto a la colaboración de de Seguridad el Hospital
Supervisión y cuidados de enfermería

PLAN DISPOSICIONAL

ALTA

Una vez realizada la atención si el plan disposicional es hacia el alta, será el psiquiatra de guardia quien disponga lo preciso para formalizarla. En caso de que exista clínica somática pendiente de atender o estabilizar dejará reflejado en el informe de alta todas las instrucciones referentes al alta psiquiátrica y transferirá el caso al médico del servicio de Urgencias que inició la asistencia

Si para hacer efectiva el alta es precisa la concurrencia de familiares u otros agentes, el psiquiatra de guardia debe de prever la ubicación del paciente hasta ese momento y dar las instrucciones de supervisión que sean precisas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INGRESO

El ingreso de un paciente es parte de un proceso de continuidad, y no únicamente una intervención aislada. El poder adelantarnos al proceso desde los cuidados en la urgencia nos proporciona mayor información para cuidar una acogida posterior más individualizada del paciente, evitando así ingresos más ambivalentes o de vivencia más traumática, y garantizando cuidados de mayor calidad.

Las condiciones en las que se produce el ingreso directo desde el Servicio de Urgencias serán valoradas por el psiquiatra de guardia quien diferenciará entre distintas condiciones:

Pacientes que ingresan voluntariamente y por sus características clínicas no precisan medidas especiales de seguridad y acuden caminando o en silla con celador

Pacientes que ingresan voluntariamente pero en los que sus características clínicas hacen aconsejable tomar medidas de seguridad (acompañamiento por seguridad a la planta) independientemente de que suban a planta caminando o en silla con celador

Pacientes que ingresan involuntariamente pero que su estado clínico no hace preciso contención mecánica. Serán acompañados por seguridad independientemente de que suban a planta caminando o en silla con celador

Pacientes que ingresan involuntariamente y que precisan contención mecánica para subir a planta. Esta contención se hará desde el Servicio de Urgencias y el traslado se hará con Seguridad. En estos casos se ha de prever al efectuar el ingreso que este se ha de realizar en habitación individual, que la contención ha de ser como mínimo

de 3 puntos de contralaterales, que estos han de ser revisados con frecuencia. Si el paciente sube en cama con celador, el celador se llevará una de las camas del hall de psiquiatría.

El psiquiatra de guardia que indique el ingreso será el encargado de que todos los documentos y registros estén en el momento de subir el paciente a planta, así como el responsable de las condiciones en las que se realiza el ingreso:

Historia clínica general (sobre blanco).

Documentación ingreso: informes, pruebas complementarias realizadas, registros de enfermería, tratamientos, etc.

Administración últimos tratamientos y dietas así como situaciones especiales de control de enfermedades somáticas

Información de pautas esenciales de la unidad como prohibición de fumar, salidas, visitas, etc.

Revisión de pertenencias por parte de seguridad en caso de ingresos involuntarios o que han precisado contención

El ingreso se realizará cuando las condiciones físicas permitan que el paciente suba sin gotero, vías canalizadas, palo de gotero o sondas urinarias. Las excepciones a esta regla deben de ser argumentadas por el psiquiatra en el informe de ingreso

SALA DE OBSERVACION

Cuando como resultado de la intervención se concluya que es necesario que el paciente permanezca en el Servicio de Urgencias se producirá el traslado a la sala de observación. Las circunstancias en las que esto sucederá son:

Cuando haya indicación de ingreso pero no haya disponibilidad de camas en la UCE de Psiquiatría

Cuando haya indicación de ingreso pero sea preciso una estabilización somática del paciente

Cuando la situación del paciente no haya permitido una valoración psiquiátrica y sea preciso esperar a que se pueda realizar (vg intoxicaciones)

Cuando tras la valoración inicial no sea posible determinar el plan disposicional y haya que esperar a efecto de tratamientos, aparición de familiares, etc.

El personal de observación deberá supervisar el estado del paciente y el psiquiatra de guardia será avisado ante las eventualidades que se puedan producir.

En el caso de pacientes en contención mecánica es preciso tener protocolizado el registro de cuidados (motivo de la contención, conocimiento tiempo de inicio, constantes, ingestas, balance de líquidos, tratamientos administrados, revisión de puntos de contención, etc.).

PERMANENCIA EN URGENCIAS

En los periodos de saturación del servicio de urgencias, que impliquen la imposibilidad de uso de la sala de observación, se podrá utilizar el box 11 excepcionalmente y por el periodo de tiempo mínimo posible. Si es preciso que el paciente pernocte en urgencias, en el box 11, se considerará preferentemente su seguridad, intentando garantizar el descanso de una forma adecuada. Se mantendrá observación periódica y se facilitará el acceso al personal sanitario, garantizando y atendiendo las necesidades básicas mínimas. La protocolización de cuidados debe de ser similar a lo descrito en el apartado de sala de observación

El Psiquiatra de guardia deberá hacer constar en hoja de tratamiento:

Tratamiento a administrar

Frecuencia de supervisión de constantes

Necesidad de contención mecánica

Posibilidad de acompañamiento o no de familiares

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las dificultades para consensuar puntos en áreas en las que la responsabilidad sobre el paciente no está bien definida se han hecho evidentes y El poder escuchar las distintas visiones del paciente desde otros grupos profesionales y servicios ha sido un valor añadido

Queda por aplicar en la práctica el protocolo y valorar las dificultades en el terreno tanto a nivel técnico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

como de resistencias a asumir el protocolo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/471 ===== ***

Nº de registro: 0471

Título
PROTOCOLO PARA LA MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
MARTINEZ ROIG MIGUEL, ESPI BERNAL MARIA ANGELES, CHENLO TOUCEDA SILVIA, LOZANO SORIANO MARIA ISABEL, ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN, BERNAD POLO JUAN MANUEL, SARASA CLAVER MARIA PILAR, RUIZ OLIVARES ELISA

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras la puesta en marcha del grupo de incidencias se han detectado situaciones en las que se la atención a los pacientes desde el Servicio de Urgencias hasta la planta no ha tenido la coordinación y fluidez que sería deseable originando retrasos en la asistencia, riesgos para el paciente (y a veces para el personal) o pérdida de información. Son muchas las causas a las que se pueden atribuir estas incidencias, pero una de las principales procede de la variabilidad en los procedimientos del personal, agravado con los cambios de plantilla. Como consecuencia se plantea la necesidad de protocolizar los procedimientos desde que entra el paciente por el Servicio de Urgencias hasta que existe un plan disposicional de alta o ingreso. Creemos que esto mejorará la atención de los pacientes, incrementará su seguridad y permitirá una atención más fluida, disminuyendo riesgos y tiempos de espera

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos son:

- Disminuir los tiempos de espera del paciente identificado como psiquiátrico en urgencias
- Disminuir los riesgos de fuga
- Disminuir los riesgos de auto/heteroagresividad
- Disminuir el riesgo de atención demorada a intoxicaciones medicamentosas

MÉTODO

El grupo se constituirá como grupo de trabajo en el que se elabore un protocolo que prevea los pasos a dar desde que el paciente entra por urgencias, defina quien es responsable de su atención en cada momento, como se canaliza el aviso a Psiquiatría, cómo se vierte la información obtenida por Psiquiatría y como se organiza el plan disposicional de alta / ingreso
Una vez elaborado el documento se expondrá a los Servicios de Urgencias y de Psiquiatría y se pondrá en marcha abriendo un periodo de prueba de 3 meses para evaluar su implementación

INDICADORES

Elaboración del documento: SI/NO
Tiempo desde entrada en urgencias hasta que se inicia la atención en intoxicaciones medicamentosas. Se hará un muestreo de las intoxicaciones medicamentosas atendidas en los 3 meses de evaluación con el objetivo de que el 80% sean atendidas antes de 15'
Tiempo de entrada de urgencias psiquiátricas desde que son identificadas hasta que se avisa a Psiquiatría: 80% antes de 30' en los triados como III o IV desde el momento de ser triados
Tiempo de inicio de atención por psiquiatría desde el aviso: 80% antes de 30' en los triados como III o IV

DURACIÓN

Constitución del grupo en Junio
Elaboración del Documento por parte del grupo Junio - Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Presentación a los Servicios Diciembre 2018
Puesta en marcha de periodo de prueba Enero - Marzo 2019
Evaluación Abril 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0267

1. TÍTULO

TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN MANUEL BERNAD POLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LASHERAS LOPEZ MARIA ENCARNACION
MARGOLLES GARETA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se inició psicoterapia en formato de Grupo de Terapia Operativo. A todas las personas derivadas de Psicopatología, se les pasaron dos cuestionarios de relación y algunos tests proyectivos gráficos, que se tomarán como contraste de evolución después de pasar por la experiencia grupal de un año de duración, ampliable a dos. Se ha admitido a todos, una persona ha decidido retirarse antes de empezar, se incorporó otra, empezaron 8 personas entre 40 y 63 años, 6 mujeres y 2 hombres. A esta primera experiencia le llamamos "Grupo de Sensibilización". Programamos 13 sesiones, incluidas la de presentación 11 de abril y la de evaluación 11 de julio. Se realizaron todas las programadas los jueves de 13:15 a 14:30h. El número de ausencias fue de 2 personas promedio por sesión. (Dos de ellas vivían a más de 100kms del hospital.). Respecto al encuadre valoramos en qué medida esta experiencia les permite un trabajo más prolongado que pueda ayudar a sufrir menos corporal y psicológicamente.

- Aportar información sobre hábitos saludables.
- Ver las relaciones entre lo somático y lo psicológico.
- Clarificar el objetivo:

A: ¿Hay deseo de trabajar psicológicamente las dificultades que se tienen?

B: Prevención de Cirugía Bariátrica y Discriminación de lo que la CB puede dar y puede perjudicar.

C: Confrontar realísticamente el narcisismo, muchas expectativas, idealización y odio hacia uno mismo.-¿Por qué nos dejan fuera? Actitud contrafóbica, lo que me da miedo.

El 19 de septiembre reanudamos nuestra tarea y al grupo se incorporan un hombre de 53 años, operado de CB y dos mujeres en lista de espera. El grupo sigue siendo de 8 personas aunque tres se tendrán que ir integrando.

Tenemos programadas 30 sesiones hasta abril del 2020 donde pretendemos trabajar con más compromiso.

Hasta el 1 de enero del 2020 hemos realizado 15 sesiones con el mismo encuadre, una de las personas nuevas ha dejado el grupo en la 5ª sesión (por incompatibilidad horaria), otra muestra poco compromiso en el sentido de que tiene varias ausencias, y no parece tener claro para qué viene. Los cinco miembros del grupo inicial y el hombre de nueva incorporación acuden habitualmente a las sesiones, el número de ausencias es de 1 por sesión semanal. El grupo será de 7.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al terminar la experiencia que denominados como grupo de sensibilización nos informan que una de las dos personas que viven lejos se ha contratado para un trabajo de jornada completa (operada de Crohn) y no continuará, otra persona operada de cirugía bariátrica deja el grupo porque le resulta complicado el traslado de forma continua, y una tercera que estaba en lista de espera para operar, decide entrar en un proceso formativo para optar a un trabajo diferente al que tenía,

A continuación resumimos los resultados de la evaluación del equipo psicoterapéutico durante el último cuatrimestre de 2019:

Durante las primeras cuatro sesiones se vuelve a traer el problema con la comida, esperando que alguien lo resuelva, se trabajó la idea de que el problema de la comida tiene que ver con otros aspectos como ¿Qué significa ser gordo en las relaciones personales? Y La pérdida, yo no siempre fui gordo, yo llevaba una vida feliz hasta que fui gordo.

En la quinta sesión empiezan a traer lo relacional, lo psicológico, el sentimiento de vacío, el quedarse sola, la relación con la pareja.

En la sexta el grupo trae la relación con las madres. Al relacionar las madres con la obesidad ya empiezan a pensar en términos psicológicos relacionales, pero les es más fácil hablar de la comida que de las cosas relacionales como los conflictos de pareja.

En las sesiones siguientes se sigue trabajando con el significado de "Ser Gordo "y sale la relación con el rechazo, la culpa, la vergüenza.

Aparece el reproche a las madres, a las parejas y a los profesionales.

Ellos tímidamente han empezado a hablar de algunos problemas afectivos, parejas, madres, amigos y quizás se preguntan si en este grupo se puede hablar de estas cosas y se puede profundizar, el que lo digan de tapadillo quizás es que piensan que solo se puede hablar de comida. Se trata de que vayan mentalizando ciertos problemas o conflictos que luego se manifiestan en el plano de la comida.

En las sesiones 9 y 10 observamos resistencias a la tarea y al encuadre por parte de los nuevos mediante la monopolización de la palabra que tuvimos que señalar al grupo.

Se compartieron situaciones muy dolorosas que parecía que no se podían escuchar, ni recibir, creando una atmósfera de descuido que impedía profundizar en las cosas que producen sufrimiento. Como si el grupo todavía no puede cuidar al Otro.

En las sesiones 11 y 12 se habló de sexualidad y otras cuestiones íntimas de forma descarnada por dos miembros y el grupo parece que no se molestara, se inhibió. El grupo tiene un problema, se dicen cosas que merecerían prestarles más atención y no se escuchan, mientras que se deja monopolizar por cosas de menor importancia Las sesiones 13,14 y 15 están muy centradas en la situación de baja, alta y reivindicación laboral de un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0267

1. TÍTULO

TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

miembro que usa al grupo de manera utilitaria. También se van dando a conocer en la relación con sus parejas, padres hermanos.
Todavía muestran muchas precauciones en meterse en la vida del otro. Se escuchan pero no se preguntan unos a otros, como si no hubiera curiosidad sobre lo que le pasa al otro.
Parece que el grupo sirviera para quejarse y les cuesta vincular la relación de su estado de ánimo, con la comida y con la relación afectiva.
De los temas que se irradian vemos la mala relación con los hermanos que tiene que ver con el aquí y ahora del grupo. La integración de las personas nuevas no se ha realizado completamente y es conveniente aclarar el tipo de relación que van a tener con el grupo.
Parte del grupo ya está trabajando a nivel relacional y psicológico, sorprende que no plantee nadie el tema de la pérdida de peso.
Finalmente conviene destacar que en este proceso grupal una mujer se despidió de un trabajo que le hacía enfermar y se contrató en otro que le resulta más saludable y no ha tenido ninguna baja en estos cuatro meses.
De las dos pacientes con E. Crohn refractaria, una continúa en el grupo tras varios fracasos de tratamientos biológicos y un ingreso en psiquiatría por vómitos psicógenos, manteniéndose estable solo gracias a la psicoterapia de grupo ya que durante este tiempo no ha habido sesiones en consulta individual debido a las razones que señalamos a continuación. La consulta de valoración de pacientes candidatos a cirugía bariátrica se ha visto suspendida desde junio de 2019 hasta la fecha (salvo 6 días de consulta en noviembre), debido a la falta de psiquiatras en unidad de agudos y urgencias. Esto ha supuesto un grave perjuicio al proyecto de terapia grupal ya que se han suspendido las revisiones individuales con psiquiatría y no se han podido derivar nuevos pacientes al grupo, que en principio se pensó ampliar a otro tipo de patologías crónicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La psicoterapia de grupo en formato de grupo operativo se ha mostrado eficaz en el grupo de paciente en el proceso de la cirugía bariátrica y asimismo en otros pacientes que presentan patología orgánica crónica con componente psicósomático.
- El funcionamiento de un grupo de estas características requiere una continuidad en el tiempo ya que los beneficios de la terapia, a diferencia de los fármacos, no son inmediatos pero sí más duraderos a largo plazo al implicar cambios más profundos en el paciente.
- El mantenimiento del grupo de terapia requiere una consulta de psicopatología operativa todo el tiempo y no dependiente de las necesidades asistenciales de otras unidades de psiquiatría, para poder derivar nuevos pacientes al grupo y poder proporcionar asistencia individual de forma programada.
- La ampliación de la oferta de psicoterapia grupal a otros pacientes con patología psicósomática estará condicionada por el mantenimiento de la consulta de psicopatología y la coordinación con el equipo psicoterapéutico.
- El grupo de terapia operativa es una oportunidad de formación en terapia para profesionales MIR y PIR de nuestra unidad docente y contribuye a la orientación de la salud mental no solo hacia aspectos farmacológicos sino hacia otro tipo de terapias que supongan una implicación activa del paciente en el proceso de enfermar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/267 ===== ***

Nº de registro: 0267

Título
TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

Autores:
BERNAD POLO JUAN MANUEL, LASHERAS LOPEZ MARIA ENCARNACION, MARGOLLES GARETA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la consulta de psicopatología del HRV se valoran como candidatos a cirugía bariátrica (CB) a una media de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0267

1. TÍTULO

TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

60 pacientes anuales con el objetivo es descartar patología psiquiátrica que contraindique cirugía. Hemos detectado situaciones de malestar emocional y personalidades que podrían beneficiarse de un apoyo psicológico a lo largo del proceso con el objetivo de mejorar los resultados finales del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el malestar psicológico y disminuir la morbilidad psiquiátrica durante el proceso de CB. La población diana serán pacientes candidatos a CB en los que se detecten en entrevista clínica y pruebas psicométricas, indicadores de riesgo.

MÉTODO

Se iniciará psicoterapia en formato de Grupo de Terapia Operativo con 8 a 10 pacientes. La selección de pacientes para integrar el grupo se realizará tras valoración psiquiátrica y posterior psicológica con la aplicación de los cuestionarios de Relación de Bartholomew y Horowitz y El Apego Adulto de R. Melerio y Cantero para indagar en la relación consigo mismos y con los demás, y cuestionario de experiencias traumáticas (TQ) autoadministrado, tests proyectivos gráficos (HTP, La Figura Humana, y el test de los garabatos). Esta aplicación inicial servirá para contrastar con la pasación que se realice al final del proceso de terapia grupal. Al final de la sesión individual entregaremos "La hoja informativa para el paciente" que refiere aspectos que tienen que ver con la Terapia de grupo.

-Edad sexo y diagnósticos heterogéneo.

Formato de sesión:

1.- Pregrupo: (15´)

Repaso de la sesión anterior.

2.- Grupo: (75´)

a) Introducción: ¿Qué es, encuadre, importancia, estructura, normas básicas y equipo.

b) Presentación: libre, darse a conocer a los compañeros sin interrupciones. Bienvenida

c) Desarrollo de la sesión, teniendo en cuenta:

-Respeto e interés genuino por la persona. Se le acepta, comprende y reconoce desde un trato de igualdad.

-Comunicación libre de sus sentimientos. Sin confrontación crítica, señalando y fomentando los aspectos más maduros.

-Minimizar el rechazo o confusión que generan otros con interrupciones, agresividad, discurso psicótico, traduciéndolo a miedo, sufrimiento, ayuda.

-Protección del grupo frente a la destructividad. Marcar los límites protectores no retaliativos.

-Los momentos de mayor elaboración se dan en pacientes con mayor madurez yoica, hacia la mitad de la sesión donde se puede observar las angustias básicas.

-Contextualizar el síntoma con datos biográficos, familiares e interpersonales y traerlos al "aquí y ahora" de la situación grupal.

-Generar un contexto seguro, reconfortante y esperanzador.

-Desmontar mitos, aclarar dudas.

e) Despedida:

-En la medida que sea posible hacer lectura de los Emergentes aparecidos en la sesión.

3. Post Grupo: (20´)

-Ventilar emociones.

-Analizar intuiciones.

-Compartir puntos de vista.

-Recoger la dinámica grupal.

-Evolución psicopatológica.

-Aspectos técnicos.

-Autorreflexión.

INDICADORES

-Entrevista de selección para el grupo: nº pacientes derivados de consulta psicopatológica/nº pacientes valorados por psicología >90%

-Sesiones terapia grupo: nº sesiones programadas/nº sesiones realizadas >80%

-Realizan encuesta satisfacción grupo >70%

- Resultados:

Mejoría significativa en cuestionarios administrados pre y postgrupo (ver apartado 6) >75%

DURACIÓN

La duración es de un año, prorrogable a dos (inicio 03 2019).

Encuadre:

- 1 sesión semanal, en jueves, de una hora y cuarto, de 13:15 a 14:30 h.

- Lugar: Planta primera, aula 2.

Disposición en círculo de 8 sillas.

Puerta cerrada.

- Grupo abierto: hasta junio

- Coordinador de grupo y selección pacientes en consulta de psicopatológica: Juan Manuel Bernad Polo

- Equipo Grupo Terapéutico :

Coordinadora Encarna Lasheras López

Observadora participante: Silvia Margolles Gareta

Personal de apoyo: PIR

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0267

1. TÍTULO

TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES DE CIRUGIA BARIATRICA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0980

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA RECEPCION DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA ORGA SORIANO
· Profesión TCAE
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se comenzó en mayo del 2019 con la intención de facilitar el afrontamiento y la asimilación del proceso por el que van a pasar los pacientes y también para aclarar la idea de qué es el hospital de día para otros profesionales que también trabajan con nosotros desde centros educativos o incluso los profesionales que nos derivan a los pacientes.

Se realizó la búsqueda de información sobre otros modelos de tríptico, cómo sería más fácil de explicar toda la información que les queremos facilitar en una sola hoja de papel. Una vez elegido el tipo de tríptico que quería realizar y con toda la información recopilada comencé a estructurar el tríptico, en septiembre del mismo año hice la maquetación final y para octubre ya comenzamos a entregar los trípticos a los profesionales que querían conocer el recurso, profesionales que ya lo conocían y a las familias.

Para realizar este proyecto se ha utilizado:

Ordenador, impresora, DIN A4, otros modelos de trípticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado ha sido el deseado, al entregar a familias y profesionales el tríptico, se pudo explicar en un solo folio en resumidos puntos toda la información necesaria para facilitar el ingreso del paciente.

El tríptico se entregó en mano a las familias que iniciaron el ingreso en hospital de día y a los profesionales con los que trabajamos fuera del hospital se entregaba en las reuniones de puesta en común de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha ido modificando conforme se veía la necesidad que tenían las familias de información sobre el hospital.

Los tiempos del proyecto han sido más cortos de lo pensado así que se pudo entregar antes de tiempo.

Se ha facilitado la explicación a las familias a la hora del ingreso, ya no tenían tantas dudas.

7. OBSERVACIONES.

No he adjunto el documento del tríptico porque no sabía si había que adjuntarlo con la memoria, si es así por favor hángamelo saber y lo adjunto.

Nosotros pertenecemos al hospital Royo Villanova pero estamos en el centro salud de Parque Goya, en la pregunta de centro de trabajo he puesto hospital Royo Villanova nose si lo debería cambiar.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/980 ===== ***

Nº de registro: 0980

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA RECEPCION DE LOS PACIENTES EN HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

Autores:
ORGA SORIANO CRISTINA

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0980

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA LA RECEPCION DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El hospital de día es un dispositivo de reciente creación integrado en la red de salud mental y recogido en el Plan de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón 2017-2021.
En este dispositivo se atiende a niños y adolescentes con edades comprendidas entre 6 y 18 años de edad, que padecen alteraciones mentales graves, así como a sus familias.
Tanto los pacientes que acuden a este dispositivo como sus familiares, se encuentran atravesando una situación compleja, por lo que en muchas ocasiones les resulta difícil poder asimilar y entender la información que se les transmite en las primeras entrevistas.
Pensamos que el diseño y creación de un tríptico donde la información se recoja de una forma clara, concisa y menos extensa pueda facilitar el afrontamiento y la asimilación del proceso. Para ello la elaboración de este tríptico se realizará de una forma sintética mediante iconografía visual con imágenes y pictogramas del procedimiento de ingreso, las intervenciones psicoterapéuticas del programa de hospital de día y la estancia en el dispositivo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar la información sobre el procedimiento de ingreso en Hospital de día Infanto-juvenil (HDIJ) a familiares y a los pacientes.
- Presentación del HDIJ a través de iconografía visual.
- Disminuir la ansiedad y desconfianza que genera en los familiares y pacientes el ingreso en HDIJ.
- Simplificar la información transmitida en las primeras entrevistas.

MÉTODO

- Revisión de guías y documentación de otros HDIJ.
- Búsqueda en internet de fotografías.
- Redacción del tríptico informativo.

INDICADORES

- Presentación de un tríptico informativo.
- Número de pacientes a los que se le entrega.
- Número de familiares a los que se les entrega.
- Encuesta de valoración.

DURACIÓN

- Mayo 2019: Búsqueda y consulta de guías.
- Junio - Agosto 2019: Diseño provisional del tríptico.
- Septiembre - Diciembre 2019: Maquetación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0986

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO TCONECTAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES VAZQUEZ RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo del proyecto era mejorar la atención asistencial a los pacientes que padecían un primer episodio psicótico orientado principalmente a la recuperación y/o rehabilitación de sus capacidades cognitivas y funcionamiento social. Para ello se pensó en el diseño de un espacio virtual a través de una plataforma (Web App) que los pacientes pudiesen usar a través de sus móviles, puesto que se observa que es la vía de conexión que mantienen con el entorno a pesar de la gravedad de su sintomatología.

Se realizaron para ello varias reuniones con los miembros participantes en la plataforma TConectas, donde se elaboró y redactó un proyecto de investigación "Estudio piloto que mida la efectividad del uso de las nuevas tecnologías en el funcionamiento social y cognición de pacientes con PEP". Tras su elaboración se presentó dicho proyecto al CEICA (Comité de Ética e Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón).

Se presentó dicho proyecto al Ceica con fecha 10 de abril 2019 siendo evaluado el día 24 de abril 2019 con dictamen desfavorable, donde se nos recomienda realizar algunas correcciones. En este momento estamos trabajando en las correcciones sugeridas por el Comité.

Tras el dictamen desfavorable, se hace necesario postergar la posibilidad de incorporar pacientes con primeros episodios psicóticos que empiecen a usar la plataforma TConectas. Se plantea entonces en una reunión (2º semestre 2019) donde se concretaron nuevos objetivos, utilidades y trabajo a realizar en la web app:

- Establecer reuniones quincenales para organizar, compartir el acceso a la información técnica, y de contenidos que deben figurar en la plataforma.

-Acordar criterios entre los profesionales participantes a la hora de la elaboración de contenidos, con la finalidad de que sigan un estilo similar de redacción.

- Promover las sinergias entre los miembros del equipo facilitando la comunicación de información destacable.

En este momento las fases en que se encuentra el proyecto son:

- Reorganización del menú de la plataforma, y de los documentos enviados a los informáticos en relación a contenidos de actividades, cursos, etc...

- Dar acceso a la plataforma a todos los profesionales participantes.

- Acordar con los miembros del equipo la forma de aporar ideas, contenidos, documentos que puedan resultar de interés para este tipo de pacientes, familiares y otros profesionales (docentes, educadores sociales...)

-Elaboración de contenido de las distintas áreas que se diseñaron en el menú, aportando desde cada una de los profesionales (psicología, psiquiatría, trabajo social, docencia, terapia ocupacional) que figuran el menú.

-Promover la colaboración entre los miembros del equipo con los informáticos para conocer la forma de elaborar y añadir los cursos a la Web App a través de la plataforma Eduma.

-Se diseñaron los trípticos informativos orientados a dar a conocer el proyecto a los pacientes, profesionales y familiares.

-Definir los perfiles de los participantes (usuarios), colaboradores, y profesionales y su modo de acceder a la plataforma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este momento se han elaborado distintos contenidos que se han subido a la plataforma, se ha reorganizado el menú, se han establecido y unificado los criterios que tienen que seguir los profesionales para la elaboración de los cursos para este tipo de pacientes que padecen primeros episodios psicóticos (muy gráficos, con uso de imágenes visuales, lenguaje entendible con frases cortas,...).

Se ha dado acceso a los distintos profesionales y formación respecto al uso de la plataforma Eduma (de cursos) con colaboración de informática (Pablo Pemán).

En este momento los participantes tienen acceso a nivel de usuario, y modificación de archivos y el administrador es el informático.

Se ha ido añadiendo contenido en forma de archivos clasificados por materias y profesiones-áreas (trabajo social, terapia ocupacional, psicología, psiquiatría, docencia), en relaciona actividades, cursos, talleres, eventos, artículos, preguntas frecuentessiendo útil para los pacientes y familiares.

Para la elaboración de los contenidos los profesionales se basan en las siguientes fuentes: en las guías actualizadas, libros de referencia en cada especialidad, a través de páginas médicas en web donde se ubican manuales, documentos, recursos sociales, médicos, económicos, en páginas propias de los servicios sanitarios, educación... donde estos profesionales establecen una lectura rigurosa y detallada de cada documento y luego hay una reunión de puesta en común en equipo donde se seleccionan. Se han copiado y facilitado enlaces desde donde se puede acceder directamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos que es fundamental poder ofrecer una herramienta basada en la tecnología a este tipo de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0986

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO TCONECTAS

puesto que el uso de móvil y tecnología entre ellos es muy habitual y es el medio que utilizan para evitar el aislamiento social que producen estas patologías. Se hace necesario, del mismo modo que se ha observado un incremento de la formación online entre jóvenes sanos, establecer unas bases y directrices para que incremente el uso de plataformas educativas online entre este tipo de pacientes promoviendo que el contenido elaborado para este tipo de patologías sea facilitador del aprendizaje, impulsando su permanencia en el ámbito académico y/o laboral, reduciendo el estigma y el deterioro que supone un abandono temprano de los estudios y /o actividad laboral.

7. OBSERVACIONES.

Este tipo de proyecto, llevados a cabo en equipo de profesionales y en colaboración con los propios pacientes estimulan la creatividad, generan un ambiente de trabajo esperanzador y crear alianzas con las familias de los paciente y con los propios pacientes, facilitando su implicación en los procesos de rehabilitación u recuperación. Se ha presentado parte del proyecto el día 10 de enero 2020 en el Ateneo de Madrid, teniendo muy buena aceptación entre los asistentes.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/986 ===== ***

Nº de registro: 0986

Título
MEJORA EN LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO "TCONECTAS"

Autores:
VAZQUEZ RODRIGUEZ MARIA DOLORES, MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia de trastornos psicóticos en la población mundial es del 3%. La mayor incidencia se observa en jóvenes entre 18 a 24 años de edad, con un comienzo habitual al final de la adolescencia o adultez temprana, entre 15 y 30 años. Ello implica importantes costes personales, sociales y asistenciales.

Los pacientes que durante la adolescencia padecen un primer episodio psicótico, suelen presentar un período previo de síntomas podrómicos inespecíficos o síntomas psicóticos atenuados.

La duración de este episodio psicótico y el funcionamiento mental previo al episodio, más que la gravedad o intensidad de los síntomas van a determinar en gran medida su pronóstico. Numerosas evidencias clínicas confirman que la demora en recibir tratamiento se relaciona directamente con la disminución del grado de recuperación. Una intervención temprana mejora notablemente los resultados terapéuticos y la eficiencia de los tratamientos instaurados.

La Web App TConectas se pensó como una propuesta novedosa en la forma de tratamiento y abordaje para pacientes jóvenes con diagnóstico reciente de primeros episodios psicóticos. Esta iniciativa pretende desarrollar y evaluar una herramienta de intervención temprana en jóvenes con síntomas incipientes de psicosis o PEP recientemente diagnosticados usando tecnología última generación, que permita iniciar un abordaje terapéutico y psicosocial precoz como medida de prevención secundaria. La aplicación pretende además ser un sitio de referencia para los profesionales con el paciente y su entorno.

El abordaje propuesto consiste en combinar formas de intervención que se sabe que son atractivas para esta franja de edad con el uso de nuevas tecnologías. La intervención que se propone es la participación de pacientes con dº de primeros episodios psicóticos en una red social virtual organizada, moderada y controlada por profesionales.

Esta participación se realizaría a través de la creación de un blog por parte de los pacientes junto con la colaboración de un grupo de voluntarios de su misma franja de edad.

El diseño de esta iniciativa obtuvo el 1º premio en el año 2018 en la convocatoria realizada por la Alianza Otsuka-Lundbeck del "Premio Jóvenes Y Psicosis".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0986

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ASISTENCIAL DE PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION: PROYECTO TCONECTAS

RESULTADOS ESPERADOS

- Presentación del proyecto de evaluación de la Web App TConectas a través de "un estudio piloto que mida la efectividad del uso de nuevas tecnologías en el funcionamiento social y cognición de pacientes con PEP" al Comité de Ética de Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (Ceica)
- Evaluar una innovadora herramienta de intervención temprana en jóvenes con primeros episodios psicóticos usando nuevas tecnologías, que permita un abordaje terapéutico y psicosocial temprano.
- Intentar reducir el deterioro en las funciones ejecutivas, mejora de la adherencia al tratamiento.
- Mejorar el funcionamiento social, disminuyendo el aislamiento social e incentivando la interacción social.
- Crear un enlace virtual entre los pacientes y con los profesionales.

MÉTODO

Tras la aprobación por parte del Ceica, se plantean las siguientes actividades:

- Reunión del equipo de profesionales participantes.
- Mantenimiento de la Web App por parte de los profesionales, actualizando las distintas ofertas del menú.
- Selección de los pacientes con PEP que deseen participar en el blog.
- Reunión informativa a pacientes y familiares sobre su participación en la Web App (firma de consentimientos informados, presentación de la Web App...)
- Definición de los perfiles de pacientes y de los profesionales.
- Oferta de servicios: Puesta en marcha del blog: se publicará aproximadamente con una frecuencia quincenal por parte de los pacientes temas que sean de su interés (hobbies, deportivos, ocio, arte...) moderado por los profesionales.

INDICADORES

- Nº de pacientes participantes en la Web App
- Nº de colaboradores voluntarios de la Web App.
- Nº de visitas al blog para valorar el impacto y acogida.
- Encuesta para valorar el grado de satisfacción con el blog.
- Valoración del funcionamiento social y del deterioro cognitivo a través de escalas: SCIP, Escala de funcionamiento social de Birchwood, WHODAS...

DURACIÓN

- Fecha de inicio prevista: mayo 2019
- Fecha de finalización: junio 2020
- mayo 2019: reunión de organización previa al inicio del equipo y presentación del proyecto.
- Junio 2019: elaboración de trípticos informativos.
- Julio 2019-septiembre 2019: presentación e inclusión de pacientes. Elaboración del blog
- Octubre 2019- junio 2010: valoraciones iniciales.
- Se plantea un tiempo de prueba de un año, en el que se valorará la evolución del paciente y el impacto de las visitas en el blog.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1066

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL CANO LAZARO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOROBIA BONEL RAQUEL
ESBEC ALBALAD MARIA PILAR
GIMENEZ PEREZ SILVINA
HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD
ROCHE ORDUNA MIRIAM
TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO
SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En junio de 2018 se inicia el proyecto con la primera reunión del grupo de trabajo, en la que se plantean los objetivos del mismo, se fija un cronograma inicial, y se emplaza al equipo a septiembre de 2018 para la puesta en común del trabajo individual.

En septiembre de 2018 se hace una reunión del grupo con la Supervisión del Servicio. En ella se unifican criterios con respecto a la revisión del stock de los fármacos y materiales del carro de anestesia. Se aprueba, con acuerdo verbal con el Servicio de Anestesia y Reanimación, ir adaptando el primer cajón (medicación) del carro de los quirófanos 1 a 6 por genéricos, en orden alfabético, y conforme al stock revisado en la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

A lo largo de los meses de octubre y noviembre, se materializa el cambio del primer cajón, quedando unificado en todos los quirófanos de cirugía mayor.

En diciembre de 2018, se actualizan los listados de los cajones 2º, 3º y 4º del carro, así como la bandeja superior (cuadro Excel).

A lo largo de los meses de enero y febrero de 2019, se hace efectiva la unificación de estos cajones en los quirófanos 1 a 6.

Para la difusión del proyecto entre los enfermeros del Bloque Quirúrgico, se convoca una reunión por parte de la Supervisión del Servicio y de la responsable del proyecto (18 de enero de 2019), en la que se exponen las actividades ya realizadas y su motivación, así como aquellas aún pendientes de llevarse a cabo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Unificación completa de los carros de anestesia de los seis quirófanos de cirugía mayor, con la elaboración y distribución del correspondiente listado en formato Excel.

- Aplicación práctica del listado de medicamentos revisado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

- Difusión del proyecto y sus motivaciones a todo el personal de enfermería del Servicio.

El indicador de calidad es del 100% en febrero de 2019; se evaluará en septiembre de 2019 (semestral) por los miembros del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos del proyecto surgen de una necesidad sentida por el personal de enfermería del Bloque Quirúrgico, especialmente en aquel que realiza turno rotatorio. Esta condición implica también la rotación dentro de los diferentes quirófanos y especialidades del mismo.

La incorporación de nuevos medicamentos, buena parte de ellos genéricos, así como de diferentes materiales y productos sanitarios, unido a un intenso periodo de movilidad dentro del Servicio, debían ir de la mano con la calidad de los cuidados. En este sentido, la unificación de los carros ha resultado ser una prioridad a desarrollar.

El nuevo etiquetado, la reordenación y clasificación, a pesar de haber satisfecho al personal en su conjunto, ha resultado ser una tarea ardua por dos motivos principales:

- El deterioro de los carros por su uso dilatado e intensivo en el tiempo

- Y por haber sido un trabajo realizado de forma simultánea a la actividad quirúrgica, bien programada bien urgente, por la propia enfermera circulante, con el sobreesfuerzo y estrés que ha supuesto.

La comprobación semestral de los seis carros pretende dar continuidad a este proyecto, a la espera, no obstante, de recibir una nueva dotación de carros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1066 ===== ***

Nº de registro: 1066

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1066

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Título
ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Autores:
CANO LAZARO RAQUEL, BOROBIA BONEL RAQUEL, ESBEC ALBALAD MARIA PILAR, GIMENEZ PEREZ SILVINA, HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD, ROCHE ORDUNA MIRIAM, TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO, SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD

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: Paciente quirúrgico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Quirófano del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, dispone de seis quirófanos de cirugía mayor, y uno de procedimientos locales.
A excepción de este último, todos están provistos de un carro de anestesia con los fármacos, equipos y materiales necesarios para proporcionar los cuidados anestésicos inmediatos que precisa el paciente quirúrgico.
La Comisión de Farmacia y Terapéutica, incluye en sus objetivos de 2017 la revisión y actualización de los medicamentos incluidos en los carros de anestesia. Tras la actuación del grupo de trabajo correspondiente, se aprueba el nuevo listado disponible en la Intranet.
Se detecta un deterioro generalizado del interior de los carros por su uso intensivo y dilatado en el tiempo, lo que deriva en la solicitud de accesorios en el Plan de Necesidades de 2017. No se materializa la compra de dichos materiales, y en 2018 no existe la posibilidad de volverlos a solicitar, dado que no hay nuevo Plan de Necesidades.
A su vez, se detecta una variabilidad cada vez más acusada entre el contenido y disposición de los materiales de los carros de los diferentes quirófanos.

Las situaciones anestésicas imprevistas acontecidas durante la cirugía programada y de urgencia, requieren de una actuación eficaz del personal de enfermería, que ha de ser respaldado por una rápida localización de la medicación, los equipos y materiales..

Este proyecto contribuye a mejorar la práctica diaria, contribuyendo en la creación de una cultura de seguridad en los cuidados de los enfermeros tanto de plantilla como de nueva incorporación y pregrado.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal:
- Unificar el contenido de los carros de anestesia
Secundarios:
- Hacer efectivo el nuevo listado de medicamentos aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Involucrar a todos los enfermeros quirúrgicos del Servicio en la implementación del Proyecto.

MÉTODO
- Formación de un grupo de trabajo
- Disponer del listado actualizado de medicamentos elaborado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Reuniones del equipo de mejora con la Supervisión del Servicio para acordar el stock de equipos y materiales
- Designar al personal que va a implementar el proyecto en cada quirófano
- Buscar la más amplia difusión del proyecto en el Servicio, teniendo en cuenta los diferentes turnos de trabajo
- Información a través del grupo de Whatsapp oficial del Servicio de las novedades
- Formación del personal en Sesión de Enfermería

INDICADORES
- Comprobación semestral de los seis carros de anestesia por el personal designado
- Elaboración de un listado completo con el contenido y stock del carro
- Indicador: nº de carros que se ajustan al listado / nº total de carros de anestesia x 100
- El estándar de calidad es el 90%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1066

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Duración prevista: junio a noviembre de 2018

Calendario:

- junio 2018: 1ª reunión del equipo de trabajo
- septiembre 2018: 2ª reunión del equipo con Supervisión
- septiembre 2018: Implantación del nuevo listado
- octubre 2018: difusión del proyecto (Whatsapp, sesiones de enfermería)
- noviembre 2018: evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 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
ROMEIA 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 - 2018/0863

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(FORMACION)

Fecha de entrada: 11/03/2019

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
ROMEIA 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%. Se han realizado cursos a los residentes y cursos sobre el abdomen agudo en conjunción con cirugía pero no se ha evaluado su impacto.

En el 2018 se han realizado 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.

Han acudido a la charla de formación 7 profesionales de urgencias.

2.-Repartir unos test en las charlas con posibilidad de comentarios y aportaciones libres de los mismos. Se adjunta el test.

3.-Debido a la baja afluencia de profesionales a la charla formativa no se ha vuelto a reevaluar el impacto en el número de peticiones de rx de abdomen adecuadas.

Test:

1. La Rx de abdomen:

- A. Supone la misma radiación que la Rx de tórax.
- B. Supone 10 veces la radiación de una Rx de tórax.
- C. Supone 50 veces la radiación de una Rx de tórax.
- D. Supone 10 veces menos que la radiación de una Rx de tórax.

2. ¿En cuál de estas sospechas está indicada la RX de abdomen en urgencias?:

- A. Pancreatitis.
- B. Cólico biliar.
- C. Aneurisma de aorta.
- D. Perforación intestinal.

3. Las litiasis biliares:

- A. Se ven en todas las Rx de abdomen.
- B. Se ven en más del 80% de las Rx de abdomen.
- C. Se ven en menos del 20% de las Rx de abdomen.
- D. No se ven nunca.

4. La Rx de abdomen en bipedestación:

- A. Es una proyección adicional a la Rx de abdomen simple.
- B. Se puede hacer de forma independiente de la Rx de abdomen simple.
- C. Permite valorar visceromegalias.
- D. Puede ser útil para valorar ascitis

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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%.

Han acudido a la charla de formación 7 profesionales de urgencias.

Debido a la baja afluencia de profesionales a la charla formativa no se ha vuelto a reevaluar el impacto en el número de peticiones de rx de abdomen adecuadas.

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).

No se ha estudiado si influye en el porcentaje de adecuación de la petición el grado de formación del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0863

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(FORMACION)

petionario (residente, adjunto de urgencias, facultativo de otra especialidad) o la disponibilidad del radiólogo para emitir un informe o consultar sobre la petición más adecuada.
Solamente uno de los 7 medicos que realizaron el test tuvo un 100% de aciertos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De un total de unas 1.600 radiografías de un trimestre se podrían haber evitado algo más de 1.000, lo que supone un coste en tiempo de personal y retraso en el diagnóstico, además de añadir radiación innecesaria al paciente (una radiografía de abdomen equivale a la radiación natural de 6 meses)

Se ha observado pues que el número de peticiones para informe y el numero 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.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/863 ===== ***

Nº de registro: 0863

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, ALGUACIL LAZARO JESUS, FERRERAS AMEZ JOSE MARIA, SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

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: Prevención
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha revisado previamente las peticiones de urgencias de radiografías de abdomen de un trimestre de 2017 y suponen aproximadamente el 25% del total de la radiología simple. De éstas segun los criterios de la SERAM solamente estaban indicadas un 33%.
Existe una importante área de mejora en una exploración básica de la radiología, quizá algo sobrevalorada, y que a pesar de que parezca inocua, supone unas 50 veces más radiación que una radiografía de tórax.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el nivel de adecuación de las peticiones de radiología abdominal en pacientes del servicio de urgencias del Hospital Royo Villanova

Aumentar la seguridad clínica del paciente, al realizar pruebas más pertinentes que permitan un correcto triaje de los mismos.

Disminuir la radiación de los pacientes.

Concienciar a los medicos peticionarios sobre las dosis típicas o estandard de los estudios más comunes en radiología.

Establecer espacios de diálogo entre ambos servicios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0863

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(FORMACION)

MÉTODO

Realización de charlas formativas a los medicos peticionarios cortas (30 min) a adjuntos de Urgencias y Pediatría sobre las indicaciones y dosis estandard de distintas pruebas radiológicas. (las de residentes ya estan realizadas)

Preparar un test sobre adecuacion de la radiologia simple de abdomen y serieada con evaluacion de los resultados preformación con el mismo test y con la reevaluacion de las peticiones de radiología de un trimestre, despues de la formacion.

INDICADORES

Indicadores de proceso:

-nº de médicos adjuntos de urgencias que asisten a la sesión formativa/total de médicos de urgencias (urgencias, pediatría)

-nº de médicos que responden al test inicial/total de médicos de urgencias(urgencias, pediatría)

Indicadores de resultado:

-Peticiones de radiología simple abdominal adecuadas a las recomendaciones SERAM/total de peticiones de radiología simple en un trimestre

DURACIÓN

Las charlas se repartirán entre los componentes de radiología según disponibilidad de los mismos.

Se implicara a los componentes de urgencias y pediatría para coordinar las charlas.

Se repartira entre los componentes la evaluacion de los resultados y la preparación de los test.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0666

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE. ELBORACIÓN DE FICHAS RADIOLÓGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ALICIA BLASCO SATUE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JIMENEZ IBÁÑEZ PEÑA
VINUE GRACIA ANA
IZAGUERRI LAUSIN CRISTINA
MORENO HERNANDEZ CELIA
MATAMALA VILLALBA MARIO
ORTEGA GAMORRO MARIA AUXILIADORA
ESPIN SUSIN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas:

- Reunión inicial de planificación de 1 h de duración el 10 Enero de 2019, a la que asisten los integrantes del grupo, en la que se planifica el formato de las fichas.

Se acuerda el formato de una tabla en la que se incluye el tipo de exploración, posición del paciente, datos técnicos (incidencia de rayo y dosis de radiación), criterios de calidad / visualización que debe cumplir cada radiografía. Datos acompañados de imágenes ilustrativas de la posición del paciente y del resultado de la radiografía.

- Se establece una organización de los participantes por grupos de trabajo y posterior distribución de la tarea de cada grupo.

Quedan divididas las exploraciones en tres grupos principales:

- Grupo 1: Tórax-abdomen-pelvis
- Grupo 2: Cráneo-Columna- Mediciones Columna y EEII.
- Grupo 3: Extremidades.

A los que se añaden tres grupos especiales:

- Exploraciones con arco quirúrgico
- Radiografías con equipo Portátil
- Equipo de marcapasos (Colaborador no incluido en el proyecto, JM. López)

- Se incorporarán las fichas a los protocolos establecidos en la unidad:

Protocolos de Rodilla: Gonartrosis, lesiones meniscales, lesiones ligamentarias y S. Fémoropatelar.
Protocolos Neumotórax, Neumoperitoneo, Obstrucción intestinal, Traumatismo torácico/costal.
Protocolos Serie ósea hematológica y oncológica.

- Reuniones mensuales de 45 min desde febrero a mayo de 2019 (4) y desde octubre de 2019 a enero de 2020(4) a las que acude el número de miembros del proyecto que tienen disponibilidad, con el compromiso de comunicar al resto de participantes la información y decisiones tomadas.

- El trabajo ha sido realizado durante la jornada laboral. Se han ido empleando tiempos libres en tardes o noches o con compensación de unos a otros de las cargas asistenciales en turno de mañana. La implicación, dedicación e interés de todos los TSID de la unidad ha sido óptima a pesar de no contar con el tiempo necesario disponible.

- Cumplimiento del calendario marcado. Finalización de la realización de todas las fichas del proyecto, revisión y validación en enero de 2020.

Recursos empleados:

- Tiempo de elaboración y consulta/revisión bibliográfica.
- Material de papelería para impresión en borrador de cara a revisión.
- Archivo en soporte informático.

Acciones:

- Las acciones por realizar según el estado del desarrollo del trabajo se han ido estableciendo en las reuniones, además de conversaciones de la coordinadora del proyecto con los TSID de modo informal en los momentos necesarios.

- Una vez finalizadas las fichas, se han sometido a valoración de todos los TSDI y radiólogos de la Unidad que han aportado su opinión, sugerencias y ampliaciones que se han sido incorporadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0666

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE. ELBORACIÓN DE FICHAS RADIOLÓGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han elaborado las 106 fichas propuestas que constituyen el 100 % de las fichas radiológicas realizadas y validadas. (Indicador: % de fichas radiológicas realizadas y validadas: >90% (Entre 90-100%)). Las fichas han sido revisadas y validadas por el 90% de los TSID. (Indicador: % de consenso entre los TSID en la validación: >90% (Entre 90-100%)).

Se han añadido, según sugerencias de TSDI y radiólogos, protocolos de uso diario en los que se incluyen varias proyecciones radiológicas

Las fichas radiológicas constituyen un documento de referencia y base para la realización de estudios radiológicos en la unidad. Favorecen la uniformidad en el trabajo y sirven de referencia a las nuevas incorporaciones. Serán incluidas en el Programa de Garantía de Calidad de la Unidad en vías de actualización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del trabajo de elaboración de las fichas radiológicas de referencia forma parte del proyecto de protocolización documentada y normalización de las exploraciones radiológicas de la unidad de Radiodiagnóstico del HRV.

La actividad realizada ha dependido de la responsabilidad profesional de los TSID y la comprensión de la necesidad de disponer de datos y protocolos de referencia basales que constituye uno de los pilares de calidad de la Unidad. Esta visión e implicación ha posibilitado el esfuerzo extraordinario de los TSID y ha permitido la finalización completa del trabajo con el cumplimiento de los objetivos previstos.

Queda pendiente la colaboración de la Institución en la realización de fotocopias en color de las fichas y plastificación de cada una de ellas para tenerlas a disposición en las salas. Además de quedar instaladas en carpetas en el escritorio de los ordenadores de las salas.

El trabajo realizado se someterá a reevaluación periódicamente con el objeto de actualización, inclusión de nuevas prestaciones, mejoras en el diseño, cambios si se incorporan nuevos equipos radiológicos, etc. Reevaluación controlada a través del Grupo de mejora de Calidad de a Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/666 ===== ***

Nº de registro: 0666

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA SIMPLE. ELBORACION DE FICHAS RADIOLOGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
BLASCO SATUE ALICIA, JIMENEZ IBAÑEZ PEÑA, VINUE GRACIA ANA, IZAGUERRI LAUSIN CRISTINA, MORENO HERNANDEZ CELIA, MATAMALA VILLALBA MARIO, ORTEGA GAMORRO MARIA AUXILIADORA, ESPIN SUSIN MARTA

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: TODAS LAS PATOLOGÍAS EN LAS QUE ESTE INICADA LA REALIZACIÓN DE RADIOLOGÍA SIMPLE.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de actividad radiológica, en gran parte urgente, requiere mayor precisión y rapidez en realización de estudios de radiología simple y genera la necesidad de contar con protocolos técnicos bien definidos y ajustados a los equipos utilizados que, permitan obtener con mayor facilidad exploraciones que cumplan los criterios de calidad establecidos.

El cambio de equipos y personal, los distintos grados de experiencia, la presión de la demanda hace que aumente la posibilidad de estudios erróneos.

La elaboración de fichas radiológicas de estudios de radiología simple de las distintas localizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0666

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE. ELBORACIÓN DE FICHAS RADIOLÓGICAS EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA

anatómicas permite homogeneizar criterios y disminuir la variabilidad de los resultados. Acorta tiempos de realización y mejora la imagen obtenida repercutiendo en un diagnóstico de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración de fichas radiológicas de las distintas zonas anatómicas, describiendo técnica, proyección y criterios de calidad de imagen. Utilidad como guía de actuación.
- Mejorar el proceso de realización de la exploración facilitando al TSID su trabajo y ahorrando tiempo.
- Homogeneizar criterios.
- Beneficio que afecta a toda la población y profesionales implicados que obtienen una mayor calidad diagnóstica.

MÉTODO

ACCIONES:

- Reunión inicial: Organización de grupos de trabajo de TSID y distribución de tareas por grupos.
- Revisión del estado actual de la protocolización de estudios radiológicos (criterios de valoración, dosis...)
- Reuniones mensuales. Ocho en un año, excluyendo periodos vacacionales.
- o Exposición del trabajo realizado en cada reunión y valoración conjunta del grupo.
- o Validación o modificación si procede.

INDICADORES

INDICADORES:

- % de fichas radiológicas realizadas y validadas: >90% (Entre 90-100%)
- % de consenso entre los TSID en la validación: >90% (Entre 90-100%)

DURACIÓN

Reunión inicial de 1 h.
Reuniones mensuales de 45 min. Se fijará día concreto en cada reunión de la próxima según disponibilidad del personal.
Fecha prevista de inicio: Marzo 2019.
Fecha prevista finalización del proyecto: Febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0670

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA BERGES INIESTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO SATUE ALICIA
SANCHEZ PARDILLOS SOLEDAD
ABAD ORTIZ MARIA PILAR
SERON SISAMON MARIA YOLANDA
TOMAS MENCIA RAQUEL
ALGUACIL LAZARO JESUS
BERNAD DEL RIO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión inicial de planificación de 1 hora de duración en marzo de 2019, en la que se planifica la estructura a seguir para cada una de las pruebas. Se acuerda también para la parte realizada por personal TSID, el formato de la tabla en la que se incluye el tipo de exploración, posición del paciente, datos técnicos (incidencia de rayo y dosis de radiación), criterios de calidad/visualización que debe cumplir cada radiografía. Datos acompañados de imágenes ilustrativas de las posiciones y de las radiografías. Además del cercioramiento de que el paciente no lleve metales.

- Reuniones mensuales de 45 minutos desde marzo a junio de 2019 y desde octubre de 2019 a enero de 2020 a las que acude el número de miembros del proyecto que tienen disponibilidad, con el compromiso de comunicar al resto de participantes la información y decisiones tomadas. En cada una de ellas se distribuye el trabajo para la siguiente sesión. Además, la coordinadora, envía un correo electrónico tras cada reunión a todos los miembros del proyecto para dejar constancia de lo hablado, modificado y acordado de cada prueba, y fijar nueva fecha de reunión.

- El proyecto se ha realizado por parte de los TSID durante la jornada laboral. Se han ido empleando tiempos libres en tardes o noches, o compensación de unos a otros de las cargas asistenciales en turno de mañana. La parte de Enfermería y Medicina, ha sido realizada fuera del horario laboral, por imposibilidad de hacerlo durante su jornada debido a la presión asistencial.

- Cumplimiento del calendario marcado. Finalización de la realización de todas las pruebas del proyecto, revisión y validación en enero de 2020.

Recursos empleados:

- Tiempo de elaboración y consulta bibliográfica en ordenador.
- Folios para impresión en borrador de cara a revisión en las reuniones.

Acciones:

Las acciones a realizar se han ido estableciendo en las reuniones, además de conversaciones de la coordinadora del proyecto con los TSID/Radióloga de modo informal en los momentos necesarios.

Una vez finalizadas las pruebas, se han sometido a valoración de todos los TSID, enfermeras y radiólogas de la unidad que han aportado su opinión, sugerencias y ampliaciones que han sido incorporadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han redactado las nueve pruebas radiológicas contrastadas propuestas, que forman el 100% de las pruebas radiológicas realizadas y validadas. (Indicador: % de fichas radiológicas realizadas y validadas >90% (Entre 90-100%)).

Las fichas han sido revisadas y validadas por el 90% de los TSID, radiólogas y enfermeras. (Indicador: % de consenso entre los TSID/radiólogas/enfermeras en la validación: >90 (Entre 90-100%)).

El proyecto de pruebas radiológicas contrastadas constituye un documento de referencia y base para la realización de estudios radiológicos en la unidad. Favorecen la uniformidad en el trabajo y sirven de referencia a las nuevas incorporaciones. Serán incluidas en el Programa de Garantía de Calidad de la Unidad en vías de actualización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del trabajo de la narración y explicación de las pruebas radiológicas contrastadas de referencia forma parte del proyecto de protocolización documentada y normalización de las exploraciones radiológicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0670

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS

mediante un medio de contraste de la unidad de Radiodiagnóstico del Hospital Royo Villanova.

La actividad realizada ha dependido de la responsabilidad profesional de los TSID, enfermeras y radióloga, y la comprensión de la necesidad de disponer de datos y protocolos de referencia basales que constituye uno de los pilares de calidad de la unidad. Esta visión e implicación ha posibilitado el esfuerzo extraordinario de los participantes del proyecto, además de haber permitido la finalización completa del trabajo con el cumplimiento de los objetivos previstos.

Queda pendiente la colaboración de la Institución en la impresión formato papel de los protocolos. Además de quedar instaladas en carpetas en el escritorio de los ordenadores de las salas.

El trabajo realizado se someterá a reevaluación periódicamente con el objeto de actualización, inclusión de nuevas prestaciones, mejoras en el diseño, cambios si se incorporan nuevos equipos radiológicos, etc. Reevaluación controlada a través del Grupo de mejora de Calidad de a Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/670 ===== ***

Nº de registro: 0670

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS

Autores:
BERGES INIESTA MARTA, SANCHEZ PARDILLOS SOLEDAD, BLASCO SATUE ALICIA, ALGUACIL LAZARO JESUS, ABAD ORTIZ MARIA PILAR, SERON SISAMON MARIA YOLANDA, TOMAS MENCIA RAQUEL, BERNAD DEL RIO ANA ISABEL

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: Enfermedades del tubo digestivo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La variabilidad en la realización de estudios de radiología contraste (Bario, contraste hidrosoluble oral y contraste iv.), unida a la rotación por salas de TSID y enfermería genera dificultades añadidas a la hora de la práctica de estos procedimientos.
Consideramos necesaria una actualización de los protocolos establecidos en la sección, en el momento actual incompletos y obsoletos.
Para, con posterioridad, consensuarlos entre TSDI, Enfermería y radiólogos, de modo que se fije un criterio unánime. El proceso debe incluir desde la recepción del paciente, información de la prueba, valoración de riesgos hasta su realización, protocolos técnicos bien definidos y cuidados tras la finalización.
Todo ello requiere participación en el proyecto de TSID, TAE, enfermeros y Radiólogos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaboración de procesos de las distintas exploraciones.
- Disminuir la variabilidad en la realización y unificar criterios.
- Establecer como referencia para todo el personal y guía para nuevas incorporaciones.
- Beneficio que afecta a toda la población y profesionales implicados que obtienen una mayor calidad diagnóstica.

MÉTODO
ACCIONES:
- Reunión inicial: Organización de grupos de trabajo de TSID y enfermería. Distribución de tareas por grupos. Protocolos técnicos a llevar a cabo por TSID y protocolos de enfermería por las enfermeras del grupo.
- Revisión del estado actual de la protocolización de estudios radiológicos (criterios de valoración, dosis,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0670

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA CONTRASTADA. DISEÑO Y ELABORACION DE CADA UNO DE LOS PROCESOS

gestión de riesgos e información a pacientes)

- Reuniones mensuales. Ocho en un año, excluyendo periodos vacacionales.
- ? *Exposición del trabajo realizado en cada reunión según acuerdo previo y valoración conjunta del grupo.
- ? *Validación o modificación si procede.

INDICADORES

INDICADORES:

- % de procesos de exploraciones realizadas y validadas: >90%
(Entre 90-100%)
- % de consenso entre TSID, enfermería y radiólogos en la validación: >90%
(Entre 90-100%).

DURACIÓN

- Reunión inicial de 1 h.
- Reuniones mensuales de 45 min. Se fijará día concreto en cada reunión de la próxima según disponibilidad del personal.
- Fecha prevista de inicio: Marzo 2019.
- Fecha prevista finalización del proyecto: Febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0747

1. TÍTULO

UNIDAD DE UVEITIS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE EMILIO GINER SERRET
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER NOVELLA EUGENIO
GUERRA DE ESTEIBAR-LANDA EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) ACTIVIDAD CLÍNICA

Se realiza una evaluación conjunta entre el Oftalmólogo y Reumatólogo una vez al mes (martes) en la misma consulta para el manejo del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oculares con repercusión sistémica (Uveítis, Epiescleritis, Escleritis, Edema macular uveítico,...).

2) ACTIVIDAD DOCENTE

Se realizan charlas de actualización a los Oftalmólogos acerca de las terapias dirigidas que se utilizan en el tratamiento de las enfermedades oculares:

- Preparación del enfermo antes de la utilización de las terapias
- Actualización farmacológica
- Dosificación y pautas
- Seguimiento y efectos adversos

3) PROTOCOLOS

Adaptación y adopción de protocolos de:

- Pruebas diagnósticas en: Escleritis, Epiescleritis, Ojo seco, Uveítis anterior aguda, Uveítis anterior crónica,...
- Derivación y seguimiento conjunto de las patologías
- Tratamiento oftalmológico y sistémico consensuado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actividad asistencial para manejar el diagnóstico y tratamiento, reduciendo la demora de casos complejos y retrasar las complicaciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De momento no se han realizado publicaciones por ser de reciente creación la unidad y los casos atendidos están pendientes de seguimiento. Además la unidad está centrada en la actividad asistencial.

Aunque no se descarta en un futuro próximo la publicación de los casos diagnosticados y en seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/747 ===== ***

Nº de registro: 0747

Título
UNIDAD DE UVEITIS

Autores:
GINER SERRET EMILIO, FERRER NOVELLA EUGENIO, GUERRA DE ESTEIBAR-LANDA EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0747

1. TÍTULO

UNIDAD DE UVEITIS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de las principales causas de ceguera en los países desarrollados en edades medias de la vida se encuentra la uveítis (10%), muchas de las cuales se tratan con tratamientos tópicos y no son derivadas a centros de referencia con lo que existe un riesgo elevado de complicaciones, algunas de ellas severas y crónicas (edema macular quístico,...)

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar las uveítis, diagnóstico precoz y diferencial, tratamiento, reducir complicaciones y alta resolución.

MÉTODO

Consulta multidisciplinar con realización de exploración oftalmológica (OZT, angiografía con fluoresceína, lámpara de hendidura,..) y descartar enfermedad sistémica.

INDICADORES

Evitar la aparición de complicaciones agudas y crónicas derivadas de la uveítis y su tratamiento, que produzcan una reducción de la agudeza visual (glaucoma, cataratas, edema macular quístico, sinequias,..)

DURACIÓN

Duración durante 12 meses con la realización de la consulta 1 día al mes de forma conjunta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1220

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA ROMAN BUENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASAMAR MILLAN BEATRIZ
SANCHEZ VICENTE YOLANDA
SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR
GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO
RUJULA AZNAR MARGARITA
MENDOZA BOLLO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1-Consulta al servicio de farmacia del Hospital Royo Villanova sobre los antibióticos intravenosos de uso hospitalario de uso más frecuente.
- 2-Búsqueda de información sobre antibióticos en AEMPS.
- 3-Esquematización de la información.
- 4-Diseño gráfico del póster informativo.
- 5-Validación y aprobación por parte de Dirección de Enfermería y por el Servicio de Farmacia del Hospital Royo Villanova.
- 6- Colocación de los posters en los diferentes servicios del hospital en los que se usa antibioterapia intravenosa en su práctica habitual.
- 7- Difusión de la información y del soporte gráfico.
- 8- Realización de encuesta de satisfacción al Personal de enfermería de los servicios citados anteriormente.
- 9- Análisis de los datos recogidos en las encuestas y presentación de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejora de la seguridad del paciente, minimizando la aparición de efectos adversos provocados por la administración y/o uso incorrecto de antibióticos intravenosos relacionado con el desconocimiento del personal de enfermería en el manejo de los mismos, tras comprobar, al analizar la encuesta, que un 61,11% de los encuestados no lo estaba realizando de manera correcta.
Conseguir un criterio unificado en el desempeño de la actividad.
Aumento de la confianza del personal de enfermería en el uso de antibióticos vía intravenosa en su práctica diaria comprobado tras analizar las encuestas realizadas y objetivando, que un 98,1% del personal encuestado encuentra útil el póster informativo.
Mejora de la práctica diaria en el uso de antibióticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que ha sido satisfactorio para el personal de enfermería al que va destinado, así como una guía de utilidad de fácil acceso, pudiéndose ser reevaluada de manera periódica, adaptándose a los cambios surgidos por la modificación de los fármacos genéricos usados en el Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1220 ===== ***

Nº de registro: 1220

Título
GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
ROMAN BUENO MARIA LUISA, PASAMAR MILLAN BEATRIZ, SANCHEZ VICENTE YOLANDA, SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR, GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO, RUJULA AZNAR MARGARITA, MENDOZA BELLO ANA ISABEL

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: pluripatologías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1220

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El término administración vía intravenosa hace referencia a la administración directa del fármaco al torrente circulatorio, facilitando la obtención de concentraciones plasmáticas altas y precisas.
Se puede realizar de dos maneras:

- Directa. Es la administración del medicamento en forma de bolo, ya sea solo o diluido (normalmente en una jeringuilla de 10 ml. con un medio de disolución adecuado a cada fármaco). Se usa pocas veces por las complicaciones a que puede dar lugar, ya que en general los medicamentos necesitan un tiempo de infusión más amplio que el que se obtiene con este procedimiento.
- Por goteo intravenoso, canalizando una vía venosa. Es la forma de administración intravenosa más frecuentemente utilizada en el medio hospitalario.

En marzo de 2017 la OMS lanzó una iniciativa mundial para reducir los daños graves y evitables relacionados con la administración de medicación al paciente. El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente tiene por objeto subsanar errores de procesamiento y administración de medicamentos y como consecuencia de ello evitar daños graves, discapacidad e incluso la muerte al paciente.

Entre los fármacos que habitualmente enfermería administra por vía intravenosa se encuentra una amplia variedad de antibióticos que desde su preparación hasta su administración deben mantener las condiciones ideales de estabilidad, compatibilidad y esterilidad del producto terminado.

El profesional de enfermería debe poseer conocimientos actualizados y claros desde el punto de vista farmacológico, de los antibióticos que maneja, tales como dosis, formas de preparación, manipulación de la presentación y administración.

El uso inadecuado de los mismos puede generar perjuicios en el paciente que los recibe tales como reacciones adversas de toxicidad o hipersensibilidad o de incompatibilidades farmacológicas. Esto hace que en ocasiones entre los profesionales de enfermería surjan dudas sobre la preparación y administración de dichos medicamentos ya sea por falta de información, o por la falta de tiempo que requiere la búsqueda de su correcto uso en farragosos prospectos, vademécum...

La guía que proponemos implantar va dirigida a complementar en el personal de enfermería los conocimientos relacionados con la administración de los antibióticos más utilizados en nuestro centro hospitalario, mejorando la calidad asistencial con una correcta administración de la antibioterapia por vía intravenosa y evitando errores en su uso cotidiano.

RESULTADOS ESPERADOS

Promover la correcta administración de las terapias con antibióticos para obtener una mayor eficiencia.
Disminuir los factores asociados a los errores en la administración de dichos medicamentos.
Mejorar la calidad de los cuidados prestados.

MÉTODO

Elaboración de una guía informativa de los antibióticos más frecuentemente utilizados en el hospital, incluyendo nombre genérico del antibiótico, presentación, vía de administración, dosificación, reconstitución y condiciones de conservación para su correcta administración.

Diseño de póster con la información esquematizada para colocar en un lugar visible para el personal, en la zona de preparación de medicación de cada servicio de hospitalización.

INDICADORES

Encuesta de satisfacción al personal de Enfermería de cada unidad para evaluar su utilidad.

DURACIÓN

Diseño del póster.
Supervisión de la guía por parte del Servicio de Farmacia.

OBSERVACIONES

Proyecto de mejora aprobado por el Jefe de Servicio (Dr. Abril) y Supervisor de la unidad de hospitalización (Enfermero Javier Campillo Martínez) 4ª A Cardiología.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1220

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1014

1. TÍTULO

ATENCIÓN A TIEMPO A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE FERNANDO RAMOS D'ANGELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD
SANCHEZ BARTOLOME ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer semestre de 2018 se valoraron 238 pacientes en el subcomité de tumores del HRV. Se ha hecho una primera revisión de 26 historias (10% de los casos) con el fin de valorar los circuitos asistenciales seguidos. Para ello se han recogido a partir la Historia clínica electrónica los siguientes hitos asistenciales: Aparición del síntoma guía, consulta en especializada, realización de exploración diagnóstica, presentación en subcomité de tumores e inicio de tratamiento médico o quirúrgico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La media de días transcurridos desde que el caso se presenta en el subcomite de tumores hasta que se inicia algun tipo de tratamiento es de 14,82 (DE +/- 19,53). Eso es explicable poreal hecho de que algunos pacientes recibe tratamiento quirúrgico incluso antes de pasar por el subcomité de tumores, y posteriormente en el mismo se toma la decisión de añadir otros tratamientos.

La media de días trascurrido desde que se realiza el diagnostico hasta que el caso llega al subcomité de tumores es de 23 días, pero oscila entre 1 y 226 días, ya que se ve altamente influido por el tipo de tumor, la comorbilidad del paciente, las pruebas diagnósticas que se asocian y las circunstancias del diagnóstico inicial (cribado, ingreso por complicaciones derivadas de proceso tumoral aun no conocido..)
La media de días transcurridos desde el diagnostico hasta el tratamiento definitivo es de 36 días pero oscila entre 0 y 226 y nuevamente esta influeciada por el tipo de tumor (desde pólipos tratados en el mismo momento en que se detectan a procesos tumorales de difícil diagnóstico o con complicaciones previas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Si queremos mejorar la calidad de los datos obtenidos del estudio, es necesario eliminar factores de confusión, y estratificar en función del tipo de tumores, o como mínimo diferenciar entre los procesos sometidos a cribado y el resto, ya que los circuitos asistenciales son claramente diferentes y los datos deberían trabajarse de manera diferenciada.

Por ello creemos que debemos continuar el estudio a lo largo del próximo año

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1014 ===== ***

Nº de registro: 1014

Título
ATENCIÓN A TIEMPO EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
RAMOS D'ANGELO FERNANDO, SANCHEZ BARTOLOME ELENA, PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1014

1. TÍTULO

ATENCIÓN A TIEMPO A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Una de las estrategias corporativas del Departamento de Sanidad es la atención a tiempo a los pacientes oncológicos. La atención en el cáncer de colon es una de ellas. En la actualidad desconocemos la demora real en el H. Royo Villanova (HRV) (desde el inicio de los síntomas objetivado por un facultativo, hasta el inicio del tratamiento), ya que los registros existentes hasta ahora solo permiten conocer la demora a partir de la inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica. No obstante, el límite de 30 días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento aparece habitualmente en los CP y AGC. Se plantea objetivar si el método habitual de evaluación de la demora en la atención es el más adecuado y objetivo.

RESULTADOS ESPERADOS

- ? Conocer la demora real del inicio del tratamiento en los pacientes oncológicos en el HRV.
- ? Aproximar el conocimiento del grado de cobertura de los Subcomités de Tumores del HRV.

MÉTODO

- ? Identificación de los pacientes evaluados en el Subcomité de Tumores.
- ? Revisión de los hitos asistenciales en el proceso de diagnóstico y tratamiento.
 - Inicio de los síntomas.
 - Médico de Familia.
 - Consulta en AE (Incluye Urgencias).
 - Realización de pruebas diagnósticas.
 - Inscripción en el RDQ.
 - Evaluación en el Subcomité de Tumores.
 - Inicio del tratamiento.
- ? Realizar accesos autorizados a las Historias Clínicas electrónica y en papel.
- ? Población Diana: Pacientes revisados en los Subcomités de Tumores del HRV desde el 01-01-2018 hasta el 30-06-2018 (Actas).
- ? Reuniones del equipo con acta.
- ? Adecuar los procesos y circuitos asistenciales a los resultados obtenidos.

INDICADORES

- ? Demoras medias, medidas centrales y desviaciones entre los diferentes hitos asistenciales.
- ? Rango de 0 a 30 días.

DURACIÓN

- ? Inicio, 01 de junio de 2018.
- ? Final, 30 de noviembre de 2018.
- ? Revisión de las actas del Subcomité de tumores.
- ? Solicitud de accesos a HC.
- ? Consulta HC, electrónica y en papel. (Hasta 30 de septiembre).
- ? Evaluación de resultados (del 01 al 30 de octubre)
- ? Elaboración de resultados, conclusiones y memoria (del 01 al 30 de noviembre).

OBSERVACIONES

Ninguna.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1218

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE SILVIA CHENLO TOUCEDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ RETUERTA JUAN CARLOS
MEDIEL CHUECA ISMAEL
ORTIZ AVILA ANA MARIA
GIMENO GIRAL MARIA PILAR
CORNAO ANDRES ROSA MARINA
LAMARCA BLESAS LUISA
ALBALA MORA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el inicio del proyecto en Junio/Julio del 2018, y en el punto de evaluación de seguimiento en el que nos encontramos, se han desarrollado las siguientes actividades:

- ? Trámites administrativos
- ? Esfuerzos dedicados a obtención de financiación del proyecto
- ? Definir objetivos específicos de los participantes y selección grupos
- ? Recogida por parte de los pacientes de sugerencias y estructura del taller
- ? Planificación/programación del taller del huerto
- ? Preparación hojas de registros de datos, seguimiento, evaluación y anexos.
- ? Recopilación de material: estudio del material adaptado a la zona (peso, dimensiones, etc.).
- ? Coordinación con los distintos Departamentos específicos para su conocimiento y en garantía de cumplir con los protocolos de seguridad de las instalaciones del hospital.
 - Dirección Médica / Dirección y Subdirección de Enfermería: visita de la zona de trabajo y reunión de estudio/explicación del proyecto.
 - Servicio de Preventiva y Salud Pública: visita de la zona de trabajo y reunión de análisis de las condiciones para preservar los criterios específicos de prevención en salud pública.
 - Servicio de Mantenimiento: indicación de la necesidad de realizar unas mejoras que forman parte de los recursos de adecuación de la zona.
 - Servicio de Ingeniería: aproximación de los criterios de material pensados a utilizar en la zona de la terraza seleccionada para el programa cumpliendo las referencias de seguridad. En estudio actualmente.
- ? Reuniones frecuentes del equipo: seguimiento y evaluación de mejoras e incidencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- ? Se están gestionando las medidas administrativas y de coordinación necesarias para garantizar el seguimiento del proyecto.
- ? Se objetiva la implicación del personal en el programa, que defiende beneficios terapéuticos del proyecto hacia la salud mental.
- ? Se estimula el interés de los pacientes que aportan su compromiso en la actividad hacia su recuperación: encuestas de satisfacción.
- ? Se están obteniendo resultados positivos en cuanto a los indicadores establecidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los pacientes expresan su motivación con el programa, en el que encuentran una mejor reestructuración de las actividades de tan larga jornada y que además constituye un objetivo terapéutico en su recuperación; teniendo en cuenta siempre y prioritariamente su estado clínico y seguridad.

Desde el Equipo, seguimos apostando por el proyecto y por los beneficios que aporta a la unidad, conformando una actividad más implantada como terapia alternativa.

Entendemos que este tipo de programas son menos habituales en el hospital, pero sí tenemos referencias en otros hospitales implantados en los que funcionan sin incidencias y favorablemente. De este modo, hemos incrementado tiempo y esfuerzos en su estudio desde los distintos departamentos del hospital para garantizar la conformidad y cumplimiento de todos los protocolos.

Defendemos la sostenibilidad del proyecto y creemos pertinente la ampliación de un año de prórroga como mejora de calidad para seguir avanzando.

7. OBSERVACIONES.

Durante el transcurso del programa, ha sido necesario hacer una modificación en los colaboradores del proyecto, en contexto de baja laboral de uno de los integrantes e inminente participación en movimiento de traslados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1218

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

El nuevo colaborador ya forma parte de la estructura del equipo.

SALE DEL EQUIPO: Julia Pérez Milla

SE INCORPORA AL EQUIPO: M^aJesús Albalá Mora

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1218 ===== ***

Nº de registro: 1218

Título
DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

Autores:
CHENLO TOUCEDA SILVIA, MARTINEZ RETUERTA JUAN CARLOS, MEDIEL CHUECA ISMAEL, ORTIZ AVILA ANA MARIA, GIMENO GIRAL MARIA PILAR, CORNAO ANDRES ROSA MARINA, PEREZ MILLA JULIA, LAMARCA BLESIA LUISA

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Unidad de Corta Estancia (UCE) de psiquiatría ingresan personas afectadas por un problema de salud mental con perfil heterogéneo: pueden cursar un primer episodio de la enfermedad, episodios recurrentes, procesos sociales u otros sin alternativas de atención, etc.; presentando un déficit importante en estabilización sintomática, contención y adecuación conductual, cierto grado de deterioro en sus capacidades cognitivas, psicomotoras y a nivel de interrelación o habilidades sociales.

Actualmente, la UCE constituye una estructura de normativas y características que cumplen objetivos como control/vigilancia/seguridad marcados por modelos asistenciales de salud mental más rígidos. De igual modo, se puede flexibilizar hacia nuevos proyectos en los que los pacientes encuentren una reestructuración de las actividades de tan larga jornada y que además constituyan un objetivo terapéutico en su recuperación, teniendo en cuenta prioritariamente su estado clínico y seguridad.

Numerosos hospitales utilizan las plantas como tratamiento complementario, para mejorar el estado físico y mental. Los estudios señalan que la jardinería como terapia alternativa y complementaria a otros procesos terapéuticos, es eficaz para mejorar los problemas psicológicos y sociales de las personas con enfermedad mental. La exposición a estos entornos artificialmente más naturales, tiene un efecto restaurador en la capacidad del cerebro favoreciendo la recuperación y empoderamiento de las personas; y mejorando en definitiva, la calidad de vida.

Con base a este conocimiento, y aprovechando la singularidad de nuestro hospital con zonas de terraza comunes en nuestra UCE, desde el equipo de Enfermería de Salud Mental consideramos pertinente el crear un pequeño huerto-jardín y mantenerlo como taller en la unidad, proporcionando una alternativa de ocio que así mismo aporta objetivos terapéuticos de recuperación para las personas ingresadas.

RESULTADOS ESPERADOS

-Reestructuración de las actividades de la unidad ofreciendo otras alternativas terapéuticas.
-Mejoría cognitiva/percepción(auto)/afrentamiento: estado de ánimo, síntomas negativos, comportamientos conflictivos, autoestima, satisfacción y logro, manejo de la frustración, desarrollo de la responsabilidad de tareas asignadas.
-Mejoría física: motricidad fina/gruesa y de la coordinación, estimulación sensorial, adquisición de hábitos, mejorar autonomía.
-Potenciación social: interacción social, pertenencia a un grupo, cohesión de grupo y habilidades sociales.
-Mejorar la relación terapéutica. Aumentar los tiempos de dedicación al paciente, potenciando sus capacidades y fortalezas hacia el proceso de recuperación, y no solo abordando la sintomatología de la enfermedad; apostando por nuevas actividades que mantienen de igual modo la seguridad y aumentan la confianza hacia las personas con enfermedad mental, favoreciendo su empoderamiento y recuperación.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1218

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

REUNIONES DE EQUIPO: Se estructura y se coordina la actividad. Se elegirá el mejor horario para la elaboración de taller y actividad. Se seleccionará a las personas ingresadas que podrán participar de acuerdo a los criterios de inclusión.

TALLER de coordinación de tareas, contenidos teóricos: Información de la actividad, objetivos. Estructurar tareas.

ACTIVIDAD: Adecuación de la zona, siembra de plantas y semillas (teniendo en cuenta las necesidades de luz, riego y estación del año). Cuidado diario, fomentando la voluntariedad y compromiso de los pacientes. Se establece un horario para el regado, limpieza y mantenimiento de las jardineras

INDICADORES

-El 70% de los pacientes ingresados realizará el programa

-El 85% de los pacientes que participan en el programa, no realizan abandono

-El 85% de los pacientes que participan en el taller, objetivan mejoría en la recuperación de su proceso patológico

-El 85% de los pacientes que realizan la encuesta de satisfacción, superan las expectativas de la media

-El 90% del personal implicado en el programa, objetiva beneficios terapéuticos del proyecto hacia la salud mental

-Encuesta de satisfacción y evaluación del programa

DURACIÓN

Inicio en el mes de Junio/Julio 2018, y fin en el mes de Mayo 2019

-JUNIO 2018

Trámites administrativos. Obtención de recursos. Recogida de datos de los pacientes y selección grupos.

Planificación del taller del huerto. Preparación encuestas de satisfacción

-JULIO 2018

Inicio del programa: adaptación de la zona y plantación. Sesión teórica semanal y reorganización de tareas.

Mantenimiento diario

-REUNIONES MENSUALES DE EQUIPO: Evaluaciones y análisis de mejoras e incidencias.

-DICIEMBRE 2018/ ENERO 2019: Resumen memoria intermedia.

-MAYO 2019: Recogida de datos. Análisis y evaluación de continuidad. Memoria y evaluación final.

OBSERVACIONES

Se tendrán en cuenta resistencias internas/externas que puedan aparecer: dificultades ante estado clínico de los pacientes que siempre será prioritario, sesgos en la pérdida de datos ante el continuo movimiento de ingresos-altas, etc.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0151

1. TÍTULO

AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 21/06/2018

2. RESPONSABLE ELISA ALDEA MOLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBISTUR LESMES IRUNE
PARDO VINTANEL TERESA
AZNAR COSTA JOAQUIN
LEGAZCUE GOÑI ANA
ORDOÑEZ RUBIO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La fibrilación auricular es un problema de salud común atendido en los Servicios de Urgencias, su consecuencia mas importante es la enfermedad tromboembólica. El ictus hoy en día es la tercera causa de mortalidad en mujeres y una de las principales causa de discapacidad con un gasto sanitario elevado.
Se detectó la gran variabilidad en el manejo de dicha patología en nuestro Servicio de Urgencias y la escasa coordinación con otros Servicios por lo que se decide, junto con Cardiología realizar un protocolo conjunto para el manejo de la enfermedad y de sus complicaciones.
Dicho protocolo se llevó a cabo en el año 2011 y posteriormente se realizan reuniones y sesiones periódicas para tratar problemas encontrados en el Circuito.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizan sesiones clínicas en el Servicio de Urgencias y en Diferentes centros de Salud del Sector para divulgar el protocolo.
Se imprime tríptico de bolsillo para facilitar toma de decisiones.
Se realizan reuniones periódicas para detectar fallos en el circuito asistencial.
Se observó que los pacientes al ser dados de alta del Servicio de Urgencias lo hacían en la mayoría de los casos con el tratamiento al alta correctamente instaurado y con la profilaxix embólica correctamente administrada en más del 50% de los casos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Fibrilación auricular es una enfermedad que requiere un manejo multidisciplinar. Sólo con la insistencia en la divulgación de los protocolos se logra hacer un buen manejo del enfermo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2013/151 ===== ***

Nº de Registro: 0151

Título
AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
ALDEA MOLINA ELISA, ALBISTUR LESMES IRUNE, PARDO VINTANEL TERESA, AZNAR COSTA JOAQUIN, LEGAZCUE GOÑI ANA, ORDOÑEZ RUBIO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida de mayor prevalencia en los servicios de urgencias (SHU), que presentan una incidencia y prevalencia elevada elevada y creciente en España.
Se ha demostrado en multitud de estudios, que al permanecer en fibrilación auricular se produce un remodelado anatómico auricular que tiende a perpetuar la arritmia, de ahí la importancia de intentar devolver al corazón a su conducción sinusal, lo antes posible
La cardioversión tanto eléctrica como farmacológica se plantea si la duración de la arritmia es de menos de 48 horas, está correctamente anticoagulado durante al menos 3 semanas o tiene un ECO transesofágico normal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0151

1. TÍTULO

AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

En cuanto a la profilaxis tromboembólica , en las ultimas guías se recomienda iniciar anticoagulación a aquellos pacientes con un riesgo medido a través de la escala CHADS2VASC mayor o igual a 2. Se detectan dos problemas en el servicio de urgencias en relación con la diversidad en el manejo de aquellas FA de menos de 48 horas quedando muchas ellas sin cardiovertir, derivando a estos pacientes a su domicilio anticoagulados y pendientes de cardioversión eléctrica diferida cuando se les podría resolver el problema durante su estancia en urgencias. Un segundo problema es que muchos pacientes a pesar de tener unos factores de riesgo que indicarían anticoagulación sin gran riesgo de sangrado , no se anticoagulan con el riesgo que esto supone para el paciente. Además no se emplean tan apenas los nuevos anticoagulantes

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Aumento del número de cardioversiones en urgencias en aquellos pacientes con Fa de menos de 48 horas. En especial aumentar el número de cardioversiones eléctricas (técnica de elección en Fa de menos de 48 horas) en el servicio de urgencias.

Disminuir las horas de estancia en el servicio de urgencias y en su sala de observación ya que si está indicado la cardioversión eléctrica y se puede realizar, posteriormente tan solo se observará al paciente 3 o 4 horas.

Aumentar el número de pacientes anticoagulados (con antivitamina K o con los nuevos anticoagulantes) que presentan en la escala CHADS2VASC una puntuación mayor o igual a 2

MÉTODO

Realización de un protocolo que tras su aprobación por la Comisión de Tecnología se realizará su difusión mediante una reunión conjunta de todos los servicios implicados.

Revisión retrospectiva de las historias clínicas para comprobar el grado de cumplimiento del protocolo.

Realización de sesiones clínicas periódicas teóricas, basadas en casos clínicos reales.

Adecuación y modificación en función de resultados obtenidos.

INDICADORES

(Número de cardioversiones realizadas/número de fibrilaciones auriculares de menos de 48 horas o anticoaguladas mas de 3 semanas)por 100

(Número de cardioversiones eléctricas realizadas/ numero de fibrilaciones auriculares de menos de 48 horas o anticoaguladas mas de 3 semanas) por 100

(Pacientes correctamente anticoagulados/pacientes con CHADS2VASC mayor o igual a 2) por 100.

(Número de pacientes con nuevos anticoagulantes/ pacientes anticoagulados) por 100

DURACIÓN

Inicio: Abril 2013 Fin: Junio 2014

Aprobación y difusión del protocolo FA Abril-Mayo 2.013

Retrospección de las historias clínicas junio de 2012-diciembre de 2012

Realización audit a los 6 meses Septiembre-octubre 2.013

Análisis estadístico y gráfico a los 6 meses Octubre-noviembre 2.013

Presentación de resultados de los 6 meses iniciales al Servicio de Urgencias y recordatorio del protocolo: Noviembre 2.013

Introducción variable en la base de datos (Marzo 2.014)

Realización audit a los 12 meses. Marzo-Abril 2.014

Presentación de resultados de los 12 meses del estudio al Servicio de Urgencias (Abril 2014).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0121

1. TÍTULO

REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/06/2018

2. RESPONSABLE ELISA ALDEA MOLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORTEGA JIMENEZ NOELIA
ALBISTUR LESMES IRUNE
FERRERAS AMEZ JOSE MARIA
PARRILLA HERRANZ PEDRO
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La necesidad del seguimiento de aquellos pacientes que iniciaban desde urgencias un anticoagulante distinto de antivitamina K, hace que junto con el Servicio de hematología se realice un circuito para poder realizar una base de datos de dichos pacientes.

El circuito consistía en rellenar un pequeño formulario con el fármaco indicado y la dosis que se prescribía, dicho formulario llegaba al despacho del hematólogo vía celador, de esta manera los Hematólogos podían elaborar una base de datos. Así mismo al paciente se le indicaba cita para realización de analítica completa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Enero a Mayo de 2015 se vieron 43 prescripciones de NACOS. SE completó el circuito en 19 ocasiones. Realizamos una reunión con el Servicio de Hematología para hacer hincapié en la importancia de tener registro de todos los pacientes anticoagulados de una u otra manera, de cara a control y posibles complicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La importancia de la participación de los diferentes servicios en la toma de decisiones es fundamental para el buen manejo de las enfermedades. Se realizarán reuniones con cierta periodicidad para analizar los datos disponibles.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/121 ===== ***

Nº de Registro: 0121

Título
REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ALDEA MOLINA ELISA, ORTEGA JIMENEZ NOELIA, ALBISTUR LESMES IRUNE, FERRERAS AMEZ JOSE MARIA, SERRAT TORRES MARCO ANTONIO, PARRILLA HERRANZ PEDRO, FRANCO GARCIA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

Desde el Servicio de Urgencias se aprecia un incremento de la prescripción de nuevos anticoagulantes para la prevención de embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular. Actualmente los pacientes que inician tratamiento con anti vitamina k son enviados para posterior seguimiento con el Servicio de Hematología no siendo así cuando se prescriben nuevos anticoagulantes, dabigatran, rivaroxaban, y apixaban. Es importante implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico, control de posibles complicaciones o necesidad de cambio por terapia puente en intervenciones quirúrgicas.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

En este momento no existe ningún registro de pacientes a los que, desde Urgencias se decida iniciar anticoagulación con nuevos anticoagulantes dabigatran, rivaroxaban, apixaban. A través de nuestro programa informático pch, se puede acceder a aquellos pacientes que con diagnóstico fibrilación auricular y que según Escalas de factores de riesgo CHADSVASC sea necesario anticoagular. Solo los pacientes a los que se anticoagular con anti vitamina k se les envía a Hematología para registro y posterior control. El resto de pacientes a los que se le inicia un nuevo anticoagulante es remitido a su médico de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0121

1. TÍTULO

REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

cabecera, perdiéndose para asegurar cumplimiento o control de analíticas o de complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener un registro de todos aquellos pacientes que desde el servicio de urgencias se inicia anti coagulación con nuevos anticoagulantes.
Reunirnos para Colaboracion con el Servicio de Hematologia para obtener dicho registro y que sean ellos los que de alguna manera se encarguen de la revisión de estos pacientes.

MÉTODO

Establecer un circuito de manera que todo aquellos pacientes que acudan a urgencias con fibrilacion auricular y que tras ver sus factores de riesgo, se decida anticoagular tanto con nuevos anticoagulantes como con sintrom sean enviados a Hematologia tanto para asegurar cumplimiento, control de analíticas, control de complicaciones o reacciones adversas y cambios de medicación en intervenciones quirúrgicas.

INDICADORES

Número de pacientes con fibrilacion articular entre el total de pacientes atendidos en urgencias
Pacientes con nueva anticoagulacion entre total de pacientes anticoagulados

DURACIÓN

Inicio de inmediato hasta mayo de 2015
19 Mayo reunion con el Servicio de Hematologia

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 : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

Fecha de entrada: 27/10/2016

2. RESPONSABLE JOSE MARIA FERRERAS AMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SARRAT TORRES MARCO
ARRIBAS ENTRALA BELEN
HERRANZ ANDRES CLARA
RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE
DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO
HURTADO PONCE GABRIEL
EITO CUELLO JUAN JOSE
CAUDEVILLA MARTINEZ ARANZAZU
RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE
COLAS OROS CARLOS
LASSO OLAYO JESUS MARIA
ALADREN PEREZ BELEN
SUPERVIA ALONSO ALBERTO
RODERO ALVAREZ FERNANDO
ANDRES SALIENTE AURORA
MARRON TUNDIDOR RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad del Grupo de Sepsis del Hospital Royo Villanova se ha centrado en el desarrollo de la herramienta informática implantada en el programa informático de Urgencias (PCH). Este proyecto que se gestó desde Urgencias de nuestro Hospital a lo largo de 2012-2013, culminó con la implantación de un código sepsis automático e informático en Mayo de 2013 y que fue presentado en anteriores convocatorias como Proyecto de mejora de la Calidad. El Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova se convierte en el primer centro de Aragón en disponer de este sistema de alarmas automático para detectar los casos de sepsis grave.

Tras la activación del sistema de alarmas en nuestro centro, se procede a la implantación de un código sepsis en el resto de Hospitales de la Comunidad de forma progresiva. El grupo de sepsis realizó un periodo de difusión y formación presencial en 2014, se trasladaba a cada centro para asegurar la correcta implantación del Código sepsis. Además se ha asegurado un feed-back continuo con visitas del personal responsable de cada centro al Hospital Royo Villanova.

CREACIÓN GRUPOS SEPSIS ARAGÓN

Se organiza reunión con todos los Hospitales participantes el 17 de marzo de 2015. Esta convocatoria pretende:

- Revisar dudas ó problemas suscitados con la activación de la herramienta informática.
- Proponerles un estudio con el mismo diseño del realizado en nuestro hospital: comparar dos periodos de tiempo similares antes y después de implementar la aplicación informática. Amén de evaluar la utilidad de la aplicación, supondrá "un mapa" de la sepsis en Aragón.
- Estimularles para que implementen la base de datos de seguimiento de los pacientes sépticos que hayan sido dados de alta de los servicios de urgencias y el correspondiente análisis de resultados (base del Ciclo Continuo de la Calidad)
- o Animarles a que se consoliden como grupos de trabajo de sepsis en sus respectivos hospitales ya que:
 - o Son absolutamente imprescindibles para poder establecer y mantener activos en cada centro sus respectivos códigos sepsis.
 - o Se deben mantener medidas educativas activas: No es suficiente implementar un protocolo ó un programa informático, hay que analizar en cada centro cuáles son las barreras concretas que impiden su aplicación y trabajar para eliminarlas.
 - o Se han de introducir cambios organizativos entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en la atención al paciente séptico: en las enfermedades "tiempo dependientes", y la sepsis es una de ellas, hay que establecer estrategias que coordinen adecuadamente el equipo que atiende a estos pacientes.
- Proponerles que una vez consolidados los grupos de sepsis en cada centro, mantengamos la coordinación entre todos constituyéndonos así en el Grupo del CÓDIGO SEPSIS DE ARAGÓN paso definitivo para completar, en fases sucesivas la coordinación con Atención Primaria, Atención Socio-Sanitaria y Servicios Extrahospitalarios de Urgencias. La sepsis, necesita "su código de actuación" como ya lo tienen otras enfermedades tiempo dependientes como el Síndrome Coronario Agudo, el Ictus ó el Politraumatismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal logro alcanzado es que todos los Hospitales públicos de la Comunidad, excepto el Hospital Miguel Servet, disponen actualmente de un Código Sepsis (CS) de activación desde Urgencias. Los Hospitales que han participado en el estudio han sido Hospital Royo Villanova (centro coordinador), Clínico Universitario Lozano Blesa y Ernest Lluch Calatayud (Zaragoza); Hospital Obispo Polanco y Alcañiz (Teruel); Hospital de Jaca, Hospital de Barbastro y Hospital San Jorge (Huesca).

Comparamos dos muestras de 222 pacientes cada una de todos los Hospitales participantes, antes (muestra estándar) y después (muestra CS) de instaurar el Código Sepsis. Los resultados son los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

La activación de CS se realizó de forma automática desde el triaje en 179 pacientes (80,63%) de los casos, en 16 (7,2%) fue realizada por el facultativo tras la atención inicial y en 27 (12,16%) no fueron activados en urgencias como CS cuando cumplían criterios.

En cuanto al paquete de tratamiento, el antibiótico se aplicó en la primera hora en 122 casos (54,95%) del grupo estándar y 140 casos (63,06%) en el grupo CS ($p=0,10$), OR 1,39 (0,95-2,04). Respectivamente en menos de 3 horas 203 pacientes (91,44%) y 196 pacientes (88,28%) ($p=0,34$). Hemocultivos antes de antibiótico a favor del código sepsis OR 1,97 (1,33-2,91), $p<0,0006$. Determinación de ácido láctico a favor de código sepsis OR 2,62 (1,63-4,19), $p<0,0001$. Resucitación con volumen en la primera hora a favor de código sepsis OR 3,71 (2,10-6,53), $p<0,0001$.

La mediana de tiempo puerta-atención médica fue 21 min (rango intercuartílico 11-40 min) grupo estándar versus 20 min (rango intercuartílico 11-43 min) grupo CS ($p=0,7$). Respectivamente, la mediana de tiempo de puerta-antibiótico fue 112 min (rango intercuartílico 55-169 min) versus 89 min (rango intercuartílico 41-166) $p=0,14$. La mediana de tiempo puerta-bolus fue 131 min (rango intercuartílico 88-182 min) versus 92 min (rango intercuartílico 48-170 min) ($p<0,002$). La mediana de tiempo de decisión fue 91 min (rango intercuartílico 31-147 min) versus 55 min (rango intercuartílico 21-123) ($p<0,02$).

La mortalidad durante el ingreso fue 20,72% grupo CS vs 31,08% grupo estándar ($p<0,01$). La supervivencia a 30 días fue mayor en el grupo de CS, con HR 1,5 (1,07-2,29) $p=0,02$ del grupo estándar frente a CS.

En el análisis multivariante se asoció un incremento en la mortalidad asociado al ácido láctico >4 HR 1,99 (1,26-3,5) ($p=0,018$).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, refleja una mejora en la supervivencia a los treinta días tras implantar un Código sepsis. En segundo lugar, mejora la variabilidad previa en la aplicación del paquete de tratamiento (aplicación de antibiótico no significativo).

Tercero, se han conseguido mejorar todos los tiempos, sin embargo la significación sólo se consigue en la aplicación del tratamiento del bolus y el tiempo de decisión.

Con la evidencia actual, consideramos la necesidad de instaurar medidores de ácido láctico en sangre venosa en el triaje para utilizar en los casos positivos de detección automática por el programa de alarmas.

7. OBSERVACIONES.

Se requiere de una inversión económica para disponer de medidores rápidos de ácido láctico en el triaje. Pretendemos instaurar rutas de atención prioritarias para los enfermos con ácido láctico >4 mmol/L, ya que en nuestro estudio son los que asocian mayor mortalidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/553 ===== ***

Nº de Registro: 0553

Título
CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

Autores:
FERRERAS AMEZ JOSE MARIA, SARRAT TORRES MARCO, ARRIBAS ENTRALA BELEN, HERRANZ ANDRES CLARA, RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE, DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO, HURTADO PONCE GABRIEL, EITO CUELLO JUAN JOSE, CADEVILLA MARTINEZ ARANZAZU, RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE, COLAS OROS CARLOS, LASSO OLAYO JESUS MARIA, ALADREN PEREZ BELEN, SUPERVIA ALONSO ALBERTO, RODERO ALVAREZ FERNANDO, ANDRES SALIENTE AURORA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA

Con el enfoque actual, la Sepsis Grave (SG) y el Shock Séptico (SS) pertenecen al grupo de enfermedades tiempo-dependiente, entendiéndose aquellas en las que un retraso en el diagnóstico o en el tratamiento influye negativamente en la evolución. Así pues, los servicios de urgencias pasan a tener un papel crucial tanto en la detección precoz como en el inicio del tratamiento de la SG/SS. Para garantizar una asistencia ajustada al factor tiempo se han creado unos códigos, cuya activación se basa en datos clínicos, como es el caso del código ictus o el código dolor torácico. Estos códigos han demostrado disminuir la morbi mortalidad al priorizar la asistencia y el tratamiento. La Comunidad de Aragón utiliza el programa informático denominado Puesto clínico hospitalario (PCH). Se decidió integrar la activación del código de sepsis grave (CSG) a través de los parámetros que se obtienen en el momento de triaje de una forma automática dentro del propio programa informático. De esta manera, se buscaba alertar de forma precoz al personal sanitario (personal facultativo y de enfermería) de los posibles casos de SG y SS. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la utilidad de esta herramienta al comparar una muestra de enfermos detectados por el sistema de alarmas en todos los Hospitales de Aragón tras activar el CSG automático, con respecto a una muestra del año previo sin la detección automática.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

En el Hospital Royo Villanova, tras la implantación del CSG, el porcentaje de cumplimiento del paquete de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

tratamiento de la sepsis fue mayor frente a la muestra histórica, respectivamente, para los hemocultivos 96,3% frente a 80,9% ($p < 0,001$), antibiótico menor a 1 h 62,9% frente a 39,3% ($p < 0,001$), determinación de ácido láctico 91,4% frente a 77,9% ($p < 0,001$) y la aplicación de volumen adecuado 57,7% frente a 54,3% ($p = 0,54$). La mortalidad durante el ingreso se redujo en términos absolutos del 25% de la muestra histórica al 13,6% tras implantar CSG.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos una mejora significativa en la aplicación del bundle a las 3 horas con una reducción del tiempo de aplicación del antibiótico y unas mejoras en el porcentaje de cumplimiento del resto de medidas de la Campaña sobrevivir a la Sepsis

MÉTODO

Se establecen las alarmas que debe mostrar el programa informático teniendo en cuenta los criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatorio Sistémico (SRIS) en el momento de triaje.

Estas alarmas permanecerán en el PCH en una localización visible una vez cerrado por enfermería de triaje. Estos enfermos resaltan en la pantalla del ordenador con una coloración verde específicamente destinada a tal efecto. La identificación definitiva de un paciente con sospecha de sepsis tras la alerta corresponderá al médico responsable del paciente. La valoración por tanto de si las alarmas se corresponden con un "caso" pertenece al médico asistencial.

Los pacientes detectados por este sistema de alarmas en el servicio de Urgencias, activan, de manera automática, una base de datos desarrollada al efecto para el registro de las variables dependientes de la evolución del paciente hospitalizado.

INDICADORES

Comprobar si los pacientes con sospecha de SG detectados por este sistema de alertas cumplen efectivamente criterios de sepsis, sepsis grave o shock séptico.

Comprobar si en estos pacientes se han obtenido hemocultivos y otras muestras microbiológicas según foco.

Comprobar los pacientes a los que se les ha administrado antibioterapia precoz tras el diagnóstico de SG.

Comprobar la aplicación del paquete de medidas de tratamiento a las tres primeras horas.

Determinar fasos negativos del sistema de alarmas.

Medir mortalidad y estancia hospitalaria en los pacientes con SG/SS.

DURACIÓN

Junio-Diciembre 2015: Recogida de pacientes tras la aplicación del CSG (grupo intervención). Paralelamente se realizará una búsqueda histórica de los mismos meses del año previo al estudio designado como grupo control.

Enero-Marzo 2016: Depuración y análisis de datos, obtención de resultados

OBSERVACIONES

GABRIEL TIRADO ANGLÉS. MEDICA. UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. gabrieltiradoangles@yahoo.es

ANA ISABEL EZPELETA. MEDICA UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. aiezpeleta@telefonica.net

CARMEN ASPIROZ. MEDICA. MICROBIOLOGIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. caspiroz@gmail.com

ROSA MARTÍNEZ ÁLVAREZ. MEDICA. MEDICINA INTERNA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. rosamar.mtnez@gmail.com

PALOMA DORADO REGIL. MEDICA. UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. pdorado@salud.aragon.es

BEATRIZ BONED JULIANI. MEDICA. BIOQUIMICA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. bboned@gmail.com

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 - 2016/0070

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0502

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN ENDOVESICAL DE HIALURONATO SÓDICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGÍA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL SAZ SOLER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUJULA AZNAR MARGARITA
ALEGRE BUENO GEMMA
MARCO GARCIA MIRIAM
PORTUGAL GARCIA CONCEPCION
JUSTES MAYORAL ADRIANA
MENDOZA BOLLO ANA ISABEL
CAMPILLO MARTINEZ JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS. Durante el año 2019 el personal de enfermería que desarrolla este proyecto ha realizado un protocolo de administración de Mitomicina y BCG endovesical recopilando bibliografía de distintas bases de datos (ScieLO, PubMed, Actas Urológicas Españolas, CUIDEN, ELSEVIER y Google Académico).

En este protocolo se establecen las bases para la correcta preparación del paciente, el material preciso para la realización de la técnica, la administración de tratamiento y la actuación en caso de aparición de complicaciones, la correcta puesta del equipo de protección individual por parte del personal sanitario y la adecuada eliminación de residuos generados en el procedimiento.

En un principio se decidió introducir también la administración de hialuronato sódico, pero durante el desarrollo del protocolo se decidió excluirlo del mismo ya que ni las medidas de protección del personal al administrarlo, ni la gestión de residuos y excretas, ni la actuación ante derrames de medicación seguía el mismo patrón que la Mitomicina o BCG.

Dicho protocolo se puso en práctica en los pacientes que se citaron de forma programada ambulatoria semanalmente para ello.

Tras la administración del tratamiento se registraron los siguientes datos en la plataforma Google Drive:

Edad, sexo, medicación administrada (Mitomicina, BCG, hialuronato sódico), incidencias en la administración: dificultades en la inserción del catéter, hematuria, infección urinaria, salpicadura corporal de la medicación y derrame de la medicación.

Simultáneamente se diseñó un folleto informativo con las recomendaciones pertinentes a seguir tras cada tratamiento por parte del paciente.

Tras revisión y conformidad por parte del jefe de Servicio de Urología Dr. Abril, y de la Dirección de Enfermería se comenzó a entregar al paciente (el primer día del tratamiento) junto a una encuesta de satisfacción sobre la información proporcionada, para ser devuelta respondida de forma anónima en la siguiente consulta programada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Los resultados obtenidos durante la aplicación del protocolo hasta mediados de enero de 2020 fueron los siguientes:

Total: 687 tratamientos administrados.

Sexo: 77,4% masculino
22,6% femenino.
Edad: 69,7% mayores de 65 años
24,5 % (51-65 años)
5,8% menores o igual de 50 años

Incidencias en la administración:

Problemas de inserción de la sonda vesical: 2,5 %
Hematuria: 1,2%
Infección urinaria: 0 %
Salpicadura corporal de la medicación: 0,1 %
Derrame de la medicación: 0,3 %
Ninguna: 96,2 %

Medicación administrada:

BCG: 47 %
Mitomicina: 40,8 %
Hialuronato sódico: 12,2%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0502

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN ENDOVESICAL DE HIALURONATO SÓDICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGÍA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

En lo referente a la encuesta de satisfacción entregada a los pacientes y recogida de forma anónima se obtuvieron los siguientes resultados:

De un total de 31 pacientes encuestados:

100 % le ha parecido útil la información entregada en el diptico.

100% lo considera práctico y fácil de entender

90'3% piensa que puede resolver dudas tras la administración de su tratamiento, 3,2% piensa que no le ha resuelto dudas y 6,4% no sabe / no contesta a este apartado.

93,5% asegura que le ha transmitido tranquilidad la información reflejada en el diptico, 3,2% piensa que no ha sido así y 3,2% no sabe /no contesta a este apartado.

64,5% considera que el folleto no precisa añadir ninguna otra información, 22,5% añadiría algo al folleto (aportan dudas a incluir), 12,9% no sabe/ no contesta a este apartado.

La valoración (media aritmética) de este folleto por parte de los pacientes ha sido de 9'33 en una escala del 1 al 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Una de las conclusiones a las que hemos llegado con la realización de este proyecto es la importancia de la formación del personal sanitario acerca de la medicación y forma de administración de tratamientos endovesicales, lo que se ha conseguido a través de la búsqueda exhaustiva de bibliografía en diferentes bases de datos y la elaboración de un protocolo estandarizado que unifique la atención a dichos pacientes y asegure una óptima calidad en los cuidados.

De la misma manera se ha comprobado que el grado de satisfacción del paciente tras la entrega de un folleto informativo con las recomendaciones a seguir, les proporciona mayor sensación de tranquilidad, ya que les permite resolver dudas acerca de posibles efectos secundarios y resolver problemas en el caso de aparición de los mismos.

En cuanto a la conclusión de los resultados obtenidos observamos que de manera general no se aprecian más que un 3,8 % de incidencias, entre las cuales no aparece infección urinaria secundaria a la técnica estéril, por lo que el procedimiento de sondaje se está realizando correctamente. En cuanto al procedimiento de actuación ante la aparición de derrames (0,3%) y salpicaduras (0,1 %) se ha llevado a cabo de forma adecuada sin aparición de efectos secundarios en el paciente.

En lo referente a la impresión generada en el personal que integra el equipo de mejora tras la realización del proyecto, es el aumento de la confianza y seguridad a la hora de llevar a cabo la técnica de administración de estos tratamientos, ya que existía un desconocimiento generalizado y se apreciaba una falta de formación en la técnica de administración y colocación del EPI, lo que podía provocar riesgos en su seguridad y repercutir de forma negativa sobre su salud.

Pudiendo ser asimismo extrapolado a personal de nueva incorporación o sanitarios que se vean implicados en la ejecución de este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

----- PROYECTO DE REFERENCIA ----- (Año 2019 N°Reg 502) -----

Nº de registro: 0502

Título
IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACION ENDOVESICAL DE HIALURONATO SODICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGIA EN HRV

Autores:
SAZ SOLER MARIA ISABEL, GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO, RUJULA AZNAR MARGARITA, DE MARTINO MESA YASMINA, PORTUGAL GARCIA CONCEPCION, GARCIA CLOS MARIA EUGENIA, ALEGRE BUENO GEMMA, CAMPILLO MARTINEZ JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0502

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN ENDOVESICAL DE HIALURONATO SÓDICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGÍA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde febrero de 2019, el personal de enfermería del servicio de urología es el encargado de la administración de tratamientos endovesicales de hialuronato sódico, mitomicina y BCG a pacientes de forma ambulatoria. La mitomicina y la BCG son fármacos utilizados para reducir la tasa de recidivas y de progresión a enfermedad infiltrante en el cáncer de vejiga. La mitomicina es un medicamento citostático y citotóxico que se utiliza específicamente para causar daño celular. No es un fármaco selectivo para las células tumorales sino que afecta a todas las células del organismo, incluso a las sanas con efectos adversos que se pueden reducir aplicando un protocolo de administración correcto y las medidas preventivas adecuadas. La BCG es una suspensión liofilizada de bacterias vivas del bacilo Calmette Guerin derivados de Mycobacterium Bovis cepa RIVM, que estimula el sistema inmunitario y tiene actividad antitumoral. El personal sanitario que manipula ambos fármacos está expuesto a estos agentes poniendo en riesgo su propia salud. De ahí también la necesidad de un protocolo que proporcione una correcta técnica y minimice los riesgos tanto para el paciente como para el profesional.

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar criterios a la hora de administrar tratamientos endovesicales.
Aumentar la seguridad clínica del paciente realizando una técnica protocolarizada disminuyendo los riesgos tanto para el paciente como el personal sanitario.
Detectar deficiencias de conocimientos en el paciente sobre su proceso y realizar Educación para la salud proporcionando información sobre la medicación administrada, sus posibles efectos secundarios y recomendaciones higiénico dietéticas.
La población diana son:
Pacientes que acuden de forma programada y ambulatoria para administración de tratamientos endovesicales.
Mitomicina ; diagnosticados mediante Anatomía Patológica de tumor vesical de bajo riesgo de recidiva y progresión.
BCG; diagnosticados mediante Anatomía Patológica de tumor vesical de alto riesgo de recidiva y progresión, y carcinoma in situ.
Hialuronato sódico; diagnosticados de cistitis intersticiales y cistitis rádica sintomáticas
Enfermeros/as que desarrollan su actividad asistencial en el servicio de urología.

MÉTODO

Implantar protocolo de administración de tratamientos endovesicales a pacientes programados de forma ambulante.
Recogida de datos semanalmente sobre posibles incidencias y complicaciones en la aplicación del protocolo, elaborando una estadística para valorar la eficacia del mismo y la necesidad de aplicar nuevas intervenciones en un futuro que puedan mejorar el servicio.
Creación de un folleto informativo para entregar al paciente con las recomendaciones pertinentes en cada tratamiento.
Realizar una encuesta de satisfacción al paciente sobre la información entregada.

INDICADORES

Número de tratamientos administrados a pacientes.
Número de complicaciones y/o incidencias detectadas en la administración.
% de pacientes que responden la encuesta de satisfacción sobre el procedimiento realizado y la información entregada en soporte papel.

DURACIÓN

Elaboración de protocolo y documento informativo al paciente: abril 2019.
Aceptación por la Comisión de Cuidados del HRV.
Implantación de protocolo; mayo 2019
Registro de incidencias desde el momento de la implantación del protocolo.
Recogida de datos y de encuesta de satisfacción.
Evaluación, eficacia del protocolo mediante estadística y finalización del proyecto; enero 2020.

OBSERVACIONES

Informados Dr. Gonzalo Abril (Jefe de Servicio de Urología) y Javier Campillo (Supervisor de Urología) de la solicitud de inclusión como proyecto de Acuerdo de Gestión Clínica 2019.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0502

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN ENDOVESICAL DE HIALURONATO SÓDICO, MITOMICINA Y BCG A PACIENTE AMBULATORIO DE UROLOGÍA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0522

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PRÓSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA RUT SIESO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ROYO VILLANOVA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIHUETE CARO ELVIRA
VILLAGRASA GARCIA MARIA
ZUBENKO STEPANOVA OKSANA
ARANDA LOZANO JORGE
ELIZALDE BENITO ANGEL GABRIEL
OLIVA ENCINA JOSE
YAGÜE LEON ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En marzo de 2019, basándonos principalmente en las Guías de la Asociación Europea de Urología y en protocolos de actuación de Servicios de Urología de Referencia, se elaboró el Protocolo de Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata, adaptado a las características del Sector I de Zaragoza.

En abril de 2019 se presentó y aceptó el Protocolo en sesión clínica del Servicio de Urología. Simultáneamente se elaboró la base de recogida de datos de cara a facilitar la revisión y control del seguimiento de los pacientes incluidos en Vigilancia Activa. Los pacientes que ya estaban en programa de Vigilancia fueron revisados, confirmando que cumplían criterios de inclusión y seguimiento. Periódicamente se ha ido recordando a los miembros del Servicio de Urología la importancia del correcto seguimiento del protocolo, así como la recogida de los datos en la base.

Desde abril de 2019 a la actualidad se han ido registrando los ítems en la base de datos.

A día de hoy, hay 23 pacientes incluidos en Vigilancia Activa de cáncer de Próstata (15 pre y 8 post-implantación del Protocolo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados se han obtenido revisando por un lado la base de datos, y por otro las historias clínicas de los pacientes incluidos en Vigilancia Activa.

1. "% DE INCLUSIÓN DEL DOCUMENTO DE PROTOCOLO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS PARA VIGILANCIA ACTIVA: 90%"

De los 8 pacientes incluidos tras la creación del Protocolo, el 100% tienen el documento incluido en la Historia física de la consulta de Urología de Grande Covián.

Se ha incluido además en aquellos pacientes que ya estaban en Vigilancia Activa antes de abril 2019, y que ha sido valorados en revisión de consulta durante estos meses.

2. "% CUMPLIMENTACIÓN DE LOS CAMPOS REQUERIDOS EN LA BASE DE DATOS: 80%"

De los 23 pacientes incluidos en Vigilancia Activa, el 78% tiene correctamente cumplimentados los datos en la base de recogida.

3. "% CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA: 90%

En este apartado diferenciamos los pacientes previamente incluidos en Vigilancia Activa y los que se incluyeron posteriormente a la instauración del Protocolo.

En los primeros, solo se cumplieron plazos en el 73%.

En el segundo grupo, es decir, una vez instaurado el Protocolo, hay un 87,5% de cumplimiento en el plazo de realización de RMN.

4. "% CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA REALIZACIÓN DE BIOPSIA DE CONFIRMACIÓN: 90%

En este apartado hemos incluido a todos los pacientes (23) teniendo en cuenta que los últimos en incorporarse a Vigilancia Activa aún no procede la realización de la biopsia de confirmación, por lo que se contabilizan como "realizada en plazo".

En el 87% de los pacientes se realizó (realizará) biopsia de próstata de confirmación dentro del plazo establecido en el Protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Después de la evaluación de los resultados, creemos con más convicción la necesidad de este Protocolo de Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata, dado que los pacientes requieren un seguimiento muy estricto de su proceso tumoral, que no siempre es fácil de conseguir.

- Vemos conveniente seguir insistiendo a los miembros del Servicio de Urología en la correcta recogida de datos, ya que es la única forma de poder controlar la correcta realización del seguimiento de los pacientes.

- Se decide añadir ítems a la base de datos, que después de analizar los resultados, vemos necesarios.

- Se propone nueva revisión de resultados de base de datos en 12 meses, así como la revisión periódica de los pacientes para garantizar el cumplimiento del seguimiento establecido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/522 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0522

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PRÓSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

Nº de registro: 0522

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PROSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

Autores:
SIESO GRACIA RUT, RIHUETE CARO ELVIRA, VILLAGRASA GARCIA MARIA, ZUBENKO STEPANOVA OKSANA, ARANDA LOZANO JORGE, ELIZALDE BENITO ANGEL GABRIEL, OLIVA ENCINA JOSE, YAGÜE LEON ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer de próstata es el segundo tumor más diagnosticado en varones. Hasta en el 50% de los varones sometidos a biopsia de próstata se observan lesiones compatibles con cáncer de próstata que no requieren tratamiento activo y casi la mitad de ellos son subsidiarios de VIGILANCIA ACTIVA. Romper con la idea de que cáncer de próstata es sinónimo de tratamiento activo es la única forma de evitar el sobretratamiento. La VIGILANCIA ACTIVA se basa en controlar de manera estrecha a pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo, sin someterles a un tratamiento activo mientras el tumor mantenga las características de buen pronóstico, evitando así los efectos secundarios inherentes al tratamiento. La correcta selección y seguimiento de estos pacientes, con un protocolo establecido, es fundamental para conseguir que la VIGILANCIA ACTIVA sea una estrategia óptima en el manejo del cáncer de próstata de bajo riesgo en nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Elaborar un protocolo de VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PRÓSTATA para pacientes del Sector I de Zaragoza, fijando los criterios de inclusión, el seguimiento a realizar en estos pacientes, y los criterios de abandono del protocolo, basándonos en las Guías Clínicas de la Asociación Europea de Urología.
2) Conseguir un cumplimiento del Protocolo mediante la inclusión del mismo en la Historia Clínica del paciente desde la Consulta de Urología.
3) Garantizar plazos de realización de pruebas complementarias así como rebiopsias establecidas en el Protocolo.
4) Elaborar la base de datos para el posterior análisis y evaluación de nuestro Protocolo.

MÉTODO
Para llevar a cabo nuestro proyecto se propone la realización de sesiones clínicas entre los miembros participantes presentando las recomendaciones que ofrecen las Guías Clínicas de la Asociación Europea de Urología con la posterior elaboración del Protocolo de Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata en el Sector I Zaragoza. Una vez elaborado, el siguiente paso será la difusión del Protocolo al resto del Servicio de Urología, incidiendo en la necesidad de incluirlo en la Historia Clínica del paciente para facilitar y uniformizar el manejo de estos pacientes. Simultáneamente, elaboraremos una base de datos con los items necesarios para un posterior análisis de nuestros datos, así como forma práctica de control de un buen cumplimiento del protocolo.

INDICADORES
1) % DE INCLUSIÓN DEL DOCUMENTO DE PROTOCOLO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS PARA VIGILANCIA ACTIVA (Nº de pacientes con el documento adjuntado en Historia Clínica/ Nº total pacientes incluidos en Vigilancia Activa): 90%
2) % CUMPLIMENTACIÓN DE LOS CAMPOS REQUERIDOS EN LA BASE DE DATOS (Nº de pacientes con todos los campos cumplimentados/Nº total de pacientes incluidos en la base de datos): 80%
3) % CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA (Nº de pacientes con RM realizada en los plazos establecidos/Nº total de pacientes incluidos en Vigilancia Activa): 90%
4) % CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA REALIZACIÓN DE BIOPSIA DE CONFIRMACIÓN (Nº total de pacientes con biopsia de confirmación realizada en los plazos establecidos/Nº total de pacientes incluidos en Vigilancia Activa): 90%

DURACIÓN
INICIO MARZO 2019. FINALIZACIÓN MARZO 2020

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0522

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN EL CANCER DE PRÓSTATA EN EL SECTOR I ZARAGOZA

- 1) MARZO 2019: Elaboración del Protocolo de Vigilancia Activa de Cáncer de Próstata a seguir por el servicio de Urología del HRV y aprobación por consenso en sesión clínica.
- 2) MARZO-ABRIL 2019: Elaboración de la base de datos.
- 3) ABRIL 2019: Difusión a todos los miembros del servicio de Urología del HRV.
- 4) ABRIL 2019: Actualización de datos de pacientes ya incluidos en Vigilancia Activa previos a la implantación del Protocolo.
- 5) ABRIL 2019 - FEBRERO 2020: Uso del Protocolo y base de datos en la consulta de Urología.
- 6) MARZO 2020: Evaluación de la correcta aplicación del Protocolo mediante la revisión de la base de datos.
- 7) A partir de Marzo 2020, mantenimiento del Protocolo como guía básica en el manejo de estos pacientes, con las actualizaciones y revisiones que precise según cambien las recomendaciones establecidas en las distintas Guías Clínicas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **